ЛЕКЦІИ

ОБЪ

ОСТРЫХЪ ИНФЕКЦІОННЫХЪ БОЛѢЗНЯХЪ

У ДѢТЕЙ

Выпускъ I.

Нила Филатова,

приватъ-доцента дѣтскихъ болѣзней въ Москов. университетѣ и ординатора Московской дѣтской больницы.



МОСКВА. 1885

Складъ изданія въ книжномъ магазинѣ А. Лангъ.

Filatov (N)

Lektsii ob ostrich infektsijonnich bolieznia[ch] u dietei. Vispusk I. 8° Moskva. 1885.

Lectures on the acute infections diseases of children –

Типографія А. И. Мамонтова и К^{0}, Леонтьевскій пер., № 5.

СОДЕРЖАНІЕ.

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Въ предлагаемый выпускъ «острыхъ инфекціонныхъ болѣзней» вошли нѣкоторыя изъ моихъ лекцій, читанныхъ студентамъ въ Московской дѣтской больницѣ съ 1882 по 1884 годъ. Одни изъ этихъ статей были уже напечатаны въ періодическихъ изданіяхъ (именно: о діогностикѣ лихорадочныхъ болѣзней и гриппѣ въ «Медицинскомъ Обозрѣніи» Т. XIX и XXI и о дифтеріи въ «Русской Медицинѣ», за 1884 г.) и здѣсь перепечатаны лишь съ незначительными измѣненіями, за исключеніемъ дифтеріи, которая благодаря появленію въ 1884 году прекрасной работы Cadet de Gassicourt'a Traité clin de mal. de l'enf. T. III должна была потерпѣть значительныя измѣненія и дополненія. Если обстоятельства позволятъ мнѣ выпустить въ свѣтъ 2-й выпускъ, то онъ долженъ будетъ содержать въ себѣ остальныя острыя инфекціонныя болѣзни, именно оспу, корь, скарлатину, заушницу, коклюшъ и кровавый поносъ. Поводомъ къ изданію этихъ лекцій послужило мнѣ не столько полный недостатокъ оригинальныхъ русскихъ руководствъ по дѣтскимъ болѣзнямъ, сколько мое стѣсненное положеніе, какъ приватъ-доцента. Въ самомъ дѣлѣ, что можно сдѣлать въ 1½—2 воскресныхъ часа, когда желаешь показать полу-

сотнѣ слушателей и интересные случаи изъ амбуляторіи и стаціонарныхъ больныхъ и когда приходится еще читать и теоретическій курсъ, на который никогда не хватаетъ времени, такъ какъ читать лекціи въ обычное время въ будни приватъ-доцентамъ не дозволяется; правда, новый университетскій уставъ устраняетъ это неудобство, но когда еще войдетъ онъ въ полную силу?

Вотъ, чтобы пополнить этотъ пробѣлъ въ моихъ занятія съ студентами и чтобы имѣть возможность высказать свои взгляды, я и рѣшился издать въ свѣтъ теоретическія лекціи о наиболѣе распространенныхъ дѣтскихъ болѣзняхъ. На этомъ основаніи я издалъ прежде лекціи о катаррахъ кишекъ, а теперь объ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Какъ въ тѣхъ такъ и въ другихъ я имѣлъ въ виду главнымъ образомъ нужды начинающаго врача и потому, избѣгая разбора теоретическихъ, спорныхъ вопросовъ, я подробно останавливался на симптоматологіи и діагностикѣ болѣзней, причемъ руководствовался какъ литературными данными, такъ и результатами собственныхъ наблюденій.

Москва,
1885 г. іюля 21 дня.

О ДІАГНОСТИКѢ НАЧАЛЬНАГО ПЕРІОДА ЛИХОРАДОЧНЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ У ДѢТЕЙ.

I. О діагностикѣ лихорадочныхъ болѣзней вообще.

Всѣмъ извѣстно, что дѣти гораздо болѣе расположены къ лихорадочнымъ процессамъ, нежели люди взрослые; лихорадка присоединяется у нихъ ко всякому пустяку, такъ что смѣло можно сказать, что у дѣтей число лихорадочныхъ болѣзней значительно больше, чѣмъ у взрослыхъ, и что по одной этой ужь причинѣ діагностика въ начальномъ періодѣ лихорадочной болѣзни у ребенка должна представлять врачу сравнительно больше затрудненій. Трудность эта увеличивается еще и тѣмъ, что преимущественно дѣтскому возрасту свойственны такъ называемыя эфемерныя лихорадки, появляющіяся безъ всякой замѣтной причины и протекающія при высокихъ температурахъ въ теченіи 24—72 часовъ, симулируя за это время какое-либо тяжкое заболѣваніе; у дѣтей же встрѣчаемся мы обыкновенно и съ острыми инфектіозными экзантемами, характерные признаки которыхъ, напр., сыпь, являются не съ самаго начала; къ этому надо прибавить еще и то, что маленькія дѣти не умѣютъ высказывать своихъ субъективныхъ ощущеній или даже даютъ ложныя показанія, такъ что врачу приходится

доискиваться причины лихорадки исключительно объективнымъ путемъ и при помощи разспроса окружающихъ больнаго.

Тѣмъ не менѣе однако при подробномъ обслѣдованіи больнаго и при нѣкоторомъ навыкѣ, въ большинствѣ случаевъ удается съ увѣренностью діагносцировать болѣзнь уже на 3 й день, а нерѣдко даже и на первый. Цѣль моей настояшей лекціи и состоитъ именно въ томъ, чтобы познакомить васъ съ тѣми пріемами, которыхъ слѣдуетъ держаться, чтобы въ кратчайшій срокъ выяснить дѣло; но прежде всего я скажу нѣсколько словъ объ измѣреніи температуры у дѣтей.

Въ настоящее время медицинскій термометръ получилъ такое право гражданства, что доказывать необходимость этого инструмента для правильной оцѣнки лихорадочнаго состоянія нѣтъ никакой надобности, такъ какъ истина эта хорошо извѣстна не только врачамъ, но и большинству интеллигентныхъ матерей; противъ употребленія термометра протестуютъ лишь дѣти, и только, глядя на нихъ, отказываются отъ измѣреній и нѣкоторыя изъ матерей, которымъ не подъ силу слушать крикъ, хотя бы и капризный, своего ребенка въ теченіи $1/4$ часа, т.-е. времени, потребнаго для точнаго опредѣленія температуры подъ мышкой. Для избѣжанія подобныхъ случаевъ, къ сожалѣнію, далеко не рѣдкихъ, разъ дѣло касается ребенка до трехълѣтняго возраста, желательно бы имѣть подъ руками болѣе короткій способъ измѣренія.

Самый короткій, самый точный и потому самый удобный и легкій способъ измѣренія температуры состоитъ въ введеніи термометра черезъ задній проходъ. Такой способъ измѣренія легче для матери уже потому, что онъ гораздо скорѣе ведетъ къ цѣли, да кромѣ того очень часто случается видѣть, что ребенокъ, не выносящій и двухъ-минутнаго пребыванія градусника подъ мышкой, спокойно даетъ себя изслѣдовать per anum, потому что онъ не видитъ инструмента. Относительно продолжительности измѣренія всѣ авторы рекомендуютъ держать градусникъ въ прямой кишкѣ

въ теченіи 5 мин., но срокъ этотъ безъ малѣйшаго вреда для дѣла можно сократить на половину, такъ какъ при *глубокомъ* введеніи термометра черезъ $2^1/_2$ минуты ртуть доходитъ уже почти до наивысшей точки (ошибка 0,1—0,2). Измѣренія per anum, производятся такъ: ребенокъ помѣщается на подушку въ лежачемъ положеніи на боку или на колѣняхъ няньки спиной направленнымъ кпереди, шарикъ термометра смазывается вазелиномъ или чѣмъ-нибудь жирнымъ и вводится in anum на высоту $1^1/_2$—$2^1/_2$ дюймовъ, именно вплоть до начала шкалы, т.-е. до толстой части стеклянной трубки (максимальный градусникъ до 36-го градуса); при этомъ необходимо фиксировать тазъ ребенка, чтобы при внезапномъ поворотѣ больнаго на спину, онъ не сломалъ бы инструмента; послѣдній слѣдуетъ также поддерживать, иначе онъ непремѣнно выскочитъ наружу.

Способъ этотъ я назвалъ самымъ точнымъ потому, что онъ не допускаетъ ошибки, если только термометръ былъ дѣйствительно заведенъ за сфинктеръ; измѣреніе подъ мышкой, напротивъ того, допускаетъ значительныя погрѣшности, въ особенности у непокойныхъ дѣтей, у которыхъ ртутный резервуаръ или выскользаетъ изъ подмышки, или оказывается плохо закрытымъ. Способъ измѣренія температуры in axilla можно рекомендовать лишь для дѣтей старшаго возраста, которыя могутъ терпѣливо держать градусникъ въ теченіи 12—15 минутъ; но и у такихъ дѣтей за вѣрность результатовъ можно ручаться лишь въ томъ случаѣ, если рука въ теченіи всего измѣренія была плотно прижата къ туловищу, для чего всего лучше предложить больному положить кисть той руки, подъ которой лежитъ термометръ, на противоположное плечо.

Казалось бы, что этихъ двухъ способовъ для практическихъ цѣлей врача совершенно достаточно, но на дѣлѣ оказывается, что матери сплошь и рядомъ отказываются отъ измѣренія per anum и иногда препятствуютъ въ этомъ даже и врачу, а измѣренію подъ мышкой противится ребенокъ; въ подобныхъ случаяхъ я прибѣгаю обыкновенно къ минутному измѣренію температуры подъ мышкой *разогрѣ-*

1*

тымъ градусникомъ, при чемъ наблюдаю не поднятіе ртутнаго столбика, а паденіе его; черезъ 1 минуту ртуть останавливается на извѣстной высотѣ, весьма близко подходящей къ настоящей температурѣ даннаго субъекта; ошибка бываетъ тѣмъ меньше, чѣмъ сильнѣе лихорадка и при 39,5—40° равняется приблизительно 0,1, при болѣе низкихъ градусахъ до 0,2—0,3. Способъ этотъ требуетъ нѣкотораго навыка при нагрѣваніи ртутнаго резервуара и *большой аккуратности* въ помѣщеніи термометра подъ мышкой, такъ какъ въ этомъ вся суть. Разогрѣваніе градусника производится простымъ треніемъ нижняго его конца *сухой* рукой или полотенцемъ или еще лучше одѣяломъ, при чемъ уже въ 1/2 минуты легко довести столбикъ ртути до 42—43°; когда это достигнуто, то термометръ поспѣшно помѣщается въ заранѣе обнаженную подмышку, и ртуть сейчасъ же начинаетъ довольно быстро падать, такъ что черезъ 1—2 минуты измѣреніе можно считать уже оконченнымъ. Навыкъ при этомъ требуется для того, чтобы надлежащимъ образомъ нагрѣть градусникъ, такъ какъ слишкомъ слабое нагрѣваніе не ведетъ къ цѣли, а слишкомъ сильнымъ, во 1-хъ, можно испортить инструментъ, если поднять ртуть до самаго конца, а, во 2-хъ, разогрѣтый выше 43°, онъ кажется больному слишкомъ горячимъ, да и кромѣ того—при такомъ сильномъ разогрѣваніи ртуть опускается такъ медленно, что черезъ минуту стоитъ еще выше надлежащей высоты и устанавливается только черезъ 2 или 3 минуты (см., напр., въ 6-мъ случаѣ). Само собою разумѣется, что максимальный термометръ для такого способа не годится, точно также, какъ не годятся для него дѣти истощенныя, у которыхъ руки такъ худы, что ртутный резервуаръ не можетъ быть сжатъ подъ мышкой.

Повторяю еще разъ, что хотя предлагаемый мной способъ и не можетъ считаться *вполнѣ* точнымъ, но тѣмъ не менѣе онъ даетъ результаты совершенно достаточные для цѣлей практическаго врача, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ошибка въ 0,1—0,2 не можетъ имѣть особаго значенія, а между тѣмъ почему нибудь нельзя производить

измѣренія per anum, напр , при протестѣ матери, при натужномъ поносѣ и проч. *).

После этого отступленія я возвращаюсь къ своей темѣ,

---

*) Вотъ нѣсколько примѣровъ сравнительнаго измѣренія температуры по всѣмъ тремъ способамъ.

	минуты.	rectum.	axil.	новый. способъ.	
№ 1. Взрослый.	1.	—	34,3	37,2	Термометръ былъ разогрѣтъ до 40⁰.
	2.	—	35,9	37	Въ этомъ случаѣ измѣреніе черезъ
	3.	—	36,1	37	одну минуту по новому способу дало
	4.	—	36,3	—	даже болѣе точный результатъ, чѣмъ
	5.	—	36,5	37,1	обыкновенный способъ черезъ 15 ми-
	6.	—	36,65	—	нутъ; при новомъ способѣ повыше-
	8.	—	36,8	37,2	ніе ртути остановилось черезъ 10
	10.	—	36,95	37,3	минутъ, тогда какъ при обыкновен-
	12.	—	37	—	номъ черезъ 25 минутъ.
	15.	—	37,1	—	
	20.	—	37,2	—	
	25.	—	37,3	—	
	30.	—	37,3	—	
№ 2. Дѣвоч. 6 л.	1.	36,7	—	36,8	Термометръ разогрѣтъ до 42,5⁰.
	2.	36,9	—	36,6	Черезъ одну минуту получилась
	5.	37	—	36,4	температура на 0.3 больше надлежа-
	6.	37,05	—	—	щей; черезъ 2 мин. разница=0,05.
	8.	37,1	—	36,5	
	10.	37,1	—	36,6	
	15.	—	—	36,55	
№ 3. Мальч. 9 л.	1.	40,05	38,9	40,4	Термометръ разогрѣтъ до 43⁰.
	2.	40,4	39,7	40,35	По новому способу черезъ 1 мин.
	3.	40,55	39,95	40,35	тотъ-же результатъ, какъ черезъ
	5.	40.55	40,2	—	15 минутъ по обыкновенному спо-
	8.	40.55	40,3	—	собу; черезъ 2 мин. ошибка только
	10.	—	40,35	—	на 0,05.
	15.	—	40,4	—	
№ 4. Мальч. 7 л.	1.	39	37,1	39	Термометръ разогрѣтъ до 42,3⁰.
	2.	39,2	38,2	39	Черезъ одну минуту по новому
	3.	39,25	38,5	39	способу получился болѣе точный ре-
	4.	39,3	38,6	39,05	зультатъ, чѣмъ черезъ 15 мин. по
	5.	39,3	38,7	39,05	обыкновенному (ср. также № 1 и 5).
	7.	39,3	38,75	—	
	10.	—	38,85	—	
	15.	—	38,9	—	

причемъ буду придерживаться плана предложеннаго Politzer'омъ *).

Первый вопросъ, требующій рѣшенія у всякаго лихорадящаго больнаго, состоитъ въ томъ: зависитъ ли лихорадка въ данномъ случаѣ отъ какого-нибудь мѣстнаго заболѣванія, или она является результатомъ общаго страданія организма, каковы, напр., тифъ, скарлатина, интермитентъ и др.?

Понятно, что рѣшить этотъ вопросъ мы можемъ только посредствомъ самаго подробнаго объективнаго изслѣдованія больнаго съ цѣлью найти у него какое-либо мѣстное страданіе, которымъ можно бы было объяснить лихорадку, или на оборотъ, чтобы имѣть право сказать, что мѣстной болѣзни въ данномъ случаѣ нѣтъ и что здѣсь, слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло съ общимъ заболѣваніемъ организма.

	минуты.	rectum.	axil.	новый способъ.	
№ 5. Дѣвоч. 11 л.	1.	38,3	36,9	38,25	Термометръ разогрѣтъ до 41°. Черезъ минуту ошибка +0,05, черезъ 2 минуты тотъ же результатъ, какъ черезъ 15 минутъ in axil., но очевидно, что ртуть въ послѣднемъ случаѣ должна была бы еще подняться на 0,1, слѣдовательно, новый способъ далъ черезъ мин. болѣе точный результатъ, чѣмъ обыкновенный.
	2.	38,6	37,5	38,2	
	3.	38,7	37,75	38,2	
	4.	38,8	37,85	38,2	
	5.	38,8	37,9	38,2	
	7.	38,9	38	38,3	
	10.	—	38,15	—	
	15.	—	38,2	—	
№ 6. Дѣвоч. 5 л.	1.	—	—	37,8	Термометръ разогрѣтъ до 43,5° и поддерживался на этой высотѣ, пока раздѣвали ребенка, приблизительно около минуты. Черезъ одну минуту термометръ показывалъ на 0,4 больше, чѣмъ нужно; точное измѣреніе получилось лишь черезъ 3 минуты, но за то ртуть уже не подымалась больше. Слѣдовательно, слишкомъ сильное или продолжительное разогрѣваніе термометра только вредитъ дѣлу, такъ какъ замедляетъ паденіе ртути.
	2.	—	—	37,6	
	3.	—	—	37,4	
	5.	—	—	37,35	
	7.	—	—	37,35	
	10.	—	—	37,35	

*) Jahrb. f. Kinderheilk. B. IV. 1871, стр. 291.

Я не имѣю въ виду перечислять вамъ всѣ мѣстныя болѣзни, отъ которыхъ можетъ зависѣть лихорадка, такъ какъ большинство изъ нихъ всѣмъ извѣстны, каковы, напр., всѣ воспаленія внутреннихъ органовъ, но я намѣренъ обратить ваше вниманіе, во-первыхъ, на сходныя между собою болѣзни и на симптомы, которые не бросаются въ глаза и потому или совсѣмъ просматриваются или не оцѣниваются по достоинству, и во-вторыхъ, укажу на нѣкоторыя обстоятельства, служащія источниками ошибокъ врача при оцѣнкѣ причины лихорадочнаго состоянія

Приступая къ изслѣдованію лихорадящаго больнаго, прежде всего надо его раздѣть и произвести осмотръ всей поверхности тѣла. Правило это, конечно, не изъ новыхъ, но исполняется оно далеко не такъ часто, какъ бы того заслуживало, и потому повторить его всегда не мѣшаетъ.

Во многихъ случаяхъ уже одного простаго осмотра бываетъ вполнѣ достаточно, чтобъ узнать причину лихорадки на первый же день болѣзни. Это удается именно при всѣхъ *лихорадочныхъ болѣзняхъ кожи*, отличающихся отъ острыхъ инфектіозныхъ экзантемъ между прочимъ и тѣмъ, что сыпь появляется при нихъ уже на первый день заболѣванія, тогда какъ при инфектіозныхъ экзантемахъ только на 2-й (скарлатина) или на 3-и сутки (оспа, корь).

Лихорадочныхъ болѣзней кожи въ дѣтскомъ возрастѣ немного; сюда относятся, во 1-хъ, различные воспалительные процессы, каковы рожистое, флегмонозное и чирьеобразное воспаленіе, о которыхъ я говорить не буду, такъ какъ они сопровождаются такой болью и характеризуются такими рѣзкими признаками, что ихъ нельзя не замѣтить и трудно не узнать, а во 2-хъ, разныя сыпи, именно крапивница (urticaria) узловатая эритема (erythema nodosum) и purpura.

Просмотрѣть *крапивную сыпь* не легко даже и у ребенка, такъ какъ характеристичные для нея, быстро появляющіеся и также быстро исчезающіе бѣлые волдыри, какъ будто отъ ожога крапивой, бываютъ разбросаны по всему тѣлу и сильно зудятъ. Въ діагностическомъ отношеніи интересна мелкая крапивная сыпь лица, по своей величинѣ и красно-

ватому цвѣту весьма похожая на корь. При осмотрѣ всей поверхности тѣла дѣло выясняется очень скоро, такъ какъ крапивная сыпь едва-ли когда-нибудь ограничивается кожей лица, обыкновенно же распространяется на ноги и на туловище, гдѣ появляется въ видѣ обыкновенныхъ широкихъ бѣловатыхъ волдырей. Бѣлый цвѣтъ высыпи зависитъ отъ серозной экссудаціи въ сосочковый слой кожи, причемъ капилляры сдавливаются выпотомъ и пораженный участокъ кожи является блѣднымъ; въ періодѣ исчезанія сыпи серозная жидкость всасывается, капилляры переполняются кровью и высыпь дѣлается красной; но и въ этомъ періодѣ діагностика не трудна, такъ какъ крапивная сыпь никогда не является сразу во всей своей силѣ, а высыпаетъ приступами, исчезая на старыхъ мѣстахъ и появляясь на новыхъ, такъ что рядомъ съ красноватыми пятнами всегда можно найдти и бѣлыя. Такъ какъ urticaria часто присоединяется къ другимъ болѣзнямъ, напр., къ тифу, то понятно, что считать ее причиной лихорадки можно лишь въ томъ случаѣ, если она поражаетъ ребенка въ прочихъ отношеніяхъ здороваго, и если лихорадка, появившись вмѣстѣ съ сыпью, съ ней-же вмѣстѣ и исчезаетъ.

Гораздо легче не узнать *узловатую эритему*, которая встрѣчается сравнительно рѣдко и потому менѣе знакома врачамъ. Сыпь эта обусловливается отложеніемъ серознаго экссудата въ вещество кожи, вслѣдствіе чего на поверхности ея образуются многочисленныя возвышенія, иногда легче замѣтныя на ощупь, чѣмъ на глазъ; при ощупываніи они представляются въ видѣ плотныхъ узловъ, заложенныхъ въ кожу, величиной отъ горошины до лѣснаго орѣха; цвѣтъ высыпи блѣднорозовый; любимое мѣсто ея—голени и предплечья, рѣже распространяется она на бедра и еще рѣже на лицо; на туловищѣ же узловатая эритема если когда-либо и встрѣчается, то лишь въ исключительныхъ случаяхъ; я лично никогда не видалъ этой сыпи выше ягодицъ. Самые большіе и вмѣстѣ съ тѣмъ самые болѣзненные при дотрогиваніи узлы сидятъ на передней поверхности голени, гдѣ въ окружности узла иногда бываетъ замѣтна отечная

припухлость кожи. Небольшіе узлы, разбросанные по бедрамъ и на другихъ мягкихъ частяхъ, не болѣзненны и не зудятъ.

Слѣдуетъ имѣть въ виду, что узловатая эритема въ дѣтскомъ возрастѣ можетъ сопровождаться лихорадкой даже и при ничтожномъ количествѣ узловъ; 2—3 узла, напр., на голени или около колѣна, уже достаточны для объясненія лихорадочной температуры въ 38,5—39°.

Кто не видалъ этой сыпи, тотъ можетъ смѣшать ее съ разными болѣзнями, на которыя она даже совсѣмъ не похожа, такъ, напр., я видалъ случаи, въ которыхъ она принималась за краснуху, — это козлище отпущенія для многихъ сомнительныхъ сыпей у дѣтей; за крапивницу (хотя здѣсь не бываетъ ни зуда, ни бѣлыхъ волдырей), а въ одномъ случаѣ даже за periostitis; сходство съ послѣднимъ процессомъ состояло въ томъ, что у мальчика 8-и лѣтъ, при сильной лихорадкѣ (39,5), на передней поверхности голени, какъ разъ посрединѣ большаго берца, замѣчалась разлитая припухлость, плотная на ощупь, синевато-краснаго цвѣта и весьма болѣзненная при давленіи—это былъ обширный фокусъ узловатой эритемы, истинный характеръ котораго выяснился тотчасъ-же, какъ только былъ предпринятъ осмотръ всего тѣла, такъ какъ оказалось, что у даннаго больнаго большое количество характерныхъ узловъ было разбросано по голенямъ, по бедрамъ и ягодицамъ.

Въ періодѣ выздоровленія, когда экссудатъ уже всасывается, на мѣстѣ красноватаго возвышенія остается иногда синякъ, какъ бы отъ ушиба – откуда и названіе—erythema contusiformis; локализація пятенъ и анамнезъ легко выясняютъ дѣло въ этомъ направленіи.

У дѣтей встрѣчается еще одна болѣзнь, которая при поверхностномъ осмотрѣ и при недостаткѣ анамнеза легко можетъ быть принята за узловатую эритему; я имѣю въ виду узловатые подкожные инфильтраты, свойственные золотушнымъ и рахитическимъ дѣтямъ 1—3 лѣтняго возраста, это такъ называемая *nodus scrofulosorum* или *scrofulofitus*. Любимымъ мѣстомъ этихъ подкожныхъ узловъ, служитъ ту-

ловище, ягодицы, бедра и *щеки*. Сначала является подъ кожей круглый, подвижный узелокъ, постепенно увеличивающійся до кедроваго или лѣснаго орѣха; такъ какъ онъ сидитъ въ подкожной клѣтчаткѣ, то лишь едва выступаетъ на поверхности кожи, но легко узнается ощупываніемъ, которое не причиняетъ ни малѣйшей боли; кожа, покрывающая узелъ, въ началѣ нормальнаго цвѣта; позднѣе узелъ сростается съ кожей, которая при этомъ краснѣетъ, тогда получается картина, напоминающая узловатую эритему; въ дальнѣйшемъ теченіи наступаетъ или разрѣшеніе, причемъ отложившійся въ подкожной клѣтчаткѣ инфильтратъ всасывается и узелъ исчезаетъ, или хроническій воспалительный процессъ (мѣстный туберкулезъ?), служащій причиной образованія узла, кончается исходомъ въ нагноеніе, т. е. образуется небольшой абсцессъ, современемъ вскрывающійся наружу, оставляя на своемъ мѣстѣ золотушную язву съ подрытыми краями. Какъ видно изъ этого описанія, отличія золотушныхъ узловъ отъ eryth. nodosum очень рѣзкія: первые развиваются очень медленно, въ теченіи мѣсяцевъ, и не сопровождаются лихорадкой, тогда какъ eryth. nodos.— въ нѣсколько дней и въ большинствѣ случаевъ съ лихорадкой; золотушные абсцессы появляются въ ничтожномъ числѣ, иногда 1—2, рѣдко штукъ 5 или больше, тогда какъ при eryth. nodos. ихъ обыкновенно очень много; наконецъ существенное отличіе мы имѣемъ и въ мѣстѣ образованія узловъ и въ исходахъ: eryth. nodos. никогда не даетъ повода къ образованію абцессовъ.

Чтобъ покончить съ лихорадочными болѣзнями кожи, остается сказать еще нѣсколько словъ о *purpura*. Подъ этимъ именемъ мы понимаемъ различнаго рода болѣзни, общимъ признакомъ которыхъ являются небольшія кровоизліянія въ кожу, вслѣдствіе особаго расположенія организма къ самопроизвольнымъ кровотеченіямъ (преходящій геморрагическій діатезъ). Смотря по сопутствующимъ явленіямъ различаются purpura simplex, purpura haemorrhagica (s. Morbus maculosus Werlhofii) и purp. rheumatica (s. peliosis rheumatica). Всѣ эти болѣзни, большею частью безлихора-

дочныя, могутъ сопровождаться при случаѣ болѣе или менѣе значительнымъ повышеніемъ температуры, и при всѣхъ на кожѣ появляются различной величины (отъ булавочной головки до гривенника и больше) и формы петехіи, т. е. темносинія пятна, не исчезающія отъ давленія пальцемъ. Разница между этими болѣзнями состоитъ въ томъ, что при purp. simplex кровоизліянія замѣчаются только на кожѣ, при purp. haemor. кромѣ того всегда бываютъ и кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ, всего чаще именно изъ деcенъ и носа, а въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ еще изъ почекъ и кишокъ; при purp. rheumatica кромѣ кровотеченій въ кожу (иногда и изъ слизистыхъ оболочекъ) наблюдается еще пораженіе сочлененій, преимущественно колѣнныхъ и голеностопныхъ, которыя замѣтно припухаютъ и дѣлаются болѣе или менѣе болѣзненными при давленіи и движеніи.

Не смотря на рѣзкіе симптомы, которыми выражаются эти различныя формы геморрагическаго діатеза, ошибка у постели больнаго всетаки возможна. Если лихорадка появляется вмѣстѣ съ петехіями на кожѣ, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень легко принять пурпуру за геморрагическую оспу. Однажды я былъ приглашенъ къ еврейскому ребенку $2^1/_2$ лѣтъ, который находился въ сильномъ жару (больше 40^0 подъ мышкой) и по всему туловищу и конечностямъ представлялъ массу петехій; въ анамнезѣ значилось, что болѣзнь началась сильнымъ жаромъ только наканунѣ; утромъ, въ день моего посѣщенія, былъ приступъ эклампсическихъ судорогъ. Въ данномъ случаѣ очень высокая температура, и тяжелое общее состояніе внушали такое сильное опасеніе на счетъ оспы, что я не рѣшился исключить ее, не смотря даже на рѣзко замѣтные знаки привитой вакцины: на слѣдующій день однако сомнѣнія не могли уже имѣть мѣста, такъ какъ лихорадка спáла и никакой дальнѣйшей сыпи не послѣдовало. Вообще говоря, при оцѣнкѣ подобныхъ случаевъ слѣдуетъ обращать вниманіе на слѣдующія обстоятельства: въ пользу оспы говорятъ существованіе эпидеміи оспы, боль въ спинѣ, знобъ въ началѣ заболѣванія, очень высокая лихорадка, тяжелое общее со-

стоянiе, опухоль селезенки, первоначальное появленiе петехiй на нижней части живота и внутренней поверхности бедръ и, наконецъ, дальнѣйшее теченiе, при которомъ дѣло рѣдко доходитъ до образованiя оспинъ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ геморрагическая оспа кончается лэтально въ 2—5 дней.

Въ пользу пурпуры говорятъ главнымъ образомъ хорошо выраженные знаки привитой оспы и недурное общее состоянiе; (въ вышеприведенномъ случаѣ мальчикъ былъ очень слабъ и сонливъ, по всей вѣроятности, вслѣдствiе судорогъ, которыя, вообще говоря, совершенно не свойственны пурпурѣ; мальчикъ этотъ черезъ годъ умеръ отъ туберкулезнаго менингита).

Въ другихъ случаяхъ лихорадочное состоянiе является за нѣсколько дней до петехiй и тогда можетъ явиться сомнѣнiе насчетъ сыпнаго тифа. Отличiе основывается главнымъ образомъ на томъ, что при сыпномъ тифѣ у дѣтей ясно выраженныя петехiи принадлежатъ къ числу рѣдкостей и во всякомъ случаѣ на первый планъ выступаетъ roseola typhosa; другiе критерiи мы имѣемъ при тифѣ въ опухоли селезенки и въ правильномъ теченiи лихорадки при высокихъ температ., не свойственныхъ пурпурѣ. (см. главу—сыпной тифъ).

Въ одномъ случаѣ рекуррента у мальчика 8-ми лѣтъ, лежавшаго въ дѣтской больницѣ зимой 1882 года, начало втораго приступа обозначилось быстрымъ повышенiемъ температуры при появленiи петехiй на туловищѣ и при такомъ сильномъ носовомъ кровотеченiи, что потребовалась тампонацiя. Анамнезъ и значительная опухоль селезенки ясно указывали на то, что здѣсь была не Верльгофова болѣзнь, а дѣйствительно рекуррентъ.

Слѣдуетъ также имѣть въ виду, что пурпура, можетъ быть симптомомъ лихорадочнаго эндокардита или что она имѣетъ травматическое происхожденiе вслѣдствiе укусовъ блохъ или клоповъ, причемъ лихорадка можетъ быть вызвана какой-нибудь другой причиной. Петехiи отъ укусовъ насѣкомыхъ отличаются отъ пурпуры главнымъ образомъ

равномѣрной величиной мелкихъ пятенъ и еще тѣмъ, что вокругъ свѣжихъ петехій всегда бываетъ красный фонъ отъ гиперэміи.

Симптоматическая пурпура бываетъ далѣе при лейкеміи и злокачественной анэміи;—въ послѣднихъ періодахъ этихъ болѣзней можетъ быть и лихорадочное состояніе.

Что на кожѣ выражаются также многія изъ общихъ болѣзней, въ особенности острыя экзантемы, и что діагностика ихъ всего легче достигается простымъ осмотромъ, объ этомъ я буду говорить въ спеціальной части. О діагностическомъ значеніи herpes'а будетъ сказано ниже.

Далѣе путемъ осмотра мы можемъ открыть причину лихорадки въ *остромъ припуханіи лимфатическихъ железъ*. Я не имѣю здѣсь въ виду аденитовъ, сопровождающихъ воспалительные процессы болѣе глубокихъ частей, напр., въ полости рта, зѣва, и проч., гдѣ рѣшающимъ моментомъ являются не железы, а основная болѣзнь, но желаю обратить ваше вниманіе на одно страданіе дѣтскаго возраста, которое хотя и не описывается въ книгахъ, и потому совершено не знакомо начинающимъ врачамъ, но которое тѣмъ не менѣе не особенно рѣдко встрѣчается въ жизни; я подразумѣваю именно *идіопатическое* воспаленіе лимфатическихъ железъ, лежащихъ близъ верхняго конца грудино-ключично-сосковаго мускула, т.-е. подъ ухомъ и сосцевиднымъ отросткомъ и за угломъ нижней челюсти.

Идіопатическое воспаленіе этихъ железъ, т.-е. воспаленіе, не зависящее ни отъ экцемы головы, ни отъ течи изъ уха, ни отъ воспалительныхъ процессовъ въ зѣвѣ, ни отъ костоѣды зубовъ, всего чаще встрѣчается у дѣтей 2—4 лѣтняго возраста, но иногда и у болѣе взрослыхъ. Въ теченіи первыхъ 7—10 дней болѣзнь протекаетъ въ видѣ остраго аденита: при лихорадочномъ состояніи за угломъ челюсти развивается опухоль лимфатическихъ железъ, достигающая въ теченіи 3—4 дней величины грецкаго орѣха или даже нѣсколько больше; она плотно-упругой консистенціи, очень болѣзненна при давленіи и покрыта слегка покраснѣвшей, натянутой, но не отечной кожей. Дней че-

резъ 5—7—10 отъ начала болѣзни лихорадка стихаетъ, а опухоль въ теченіи еще нѣсколькихъ дней остается стаціонарной, а потомъ начинаетъ медленно уменьшаться и черезъ 2—3 недѣли разрѣшается совершенно; исхода въ нагноеніе въ громадномъ большинствѣ случаевъ не бываетъ, но все-таки два такихъ случая я видѣлъ; въ первомъ случаѣ, относившемся къ мальчику 7 лѣтъ, лихорадка уже стихла и опухоль железъ начала было уменьшаться, какъ больному случилось упасть и ушибить больное мѣсто; въ результатѣ новое лихорадочное состояніе и флегмонозное воспаленіе клѣтчатки въ области бывшаго аденита; во второмъ случаѣ, лихорадка стихла лишь послѣ вскрытія абсцесса железы вначалѣ 2-й недѣли болѣзни.

Отъ симптоматической опухоли железъ данная форма аденита отличается тѣмъ, что при ней ни на слизистой оболочкѣ полости рта, носа и зѣва, ни на кожѣ головы, ни со стороны уха не удается открыть никакихъ воспалительныхъ процессовъ, которыми можно бы было объяснить пораженіе железъ. Этіологія этого страданія темна.

Мѣсто опухоли служитъ причиной того, что начинающіе врачи обыкновенно принимаютъ ее за parotitis (свинка). Діагностика, впрочемъ, не трудна, если только хорошенько оріентироваться на счетъ *мѣста*, занимаемаго опухолью, и обратить вниманіе на ея *консистенцію*.

Опухоль при свинкѣ занимаетъ какъ разъ область околоушной железы, т.-е. она замѣчается непосредственно подъ ушной сережкой и впереди козелка распространяется на лицо; опухоль же при adenitis idiopatica на лицо не распространяется, а сидитъ сзади угла челюсти и подъ proc. mastoideus.—Далѣе при свинкѣ опухоль обусловливается не столько припухлостью самой околоушной железы, сколько *отекомъ* окружающей ее клѣтчатки, а потому опухоль на ощупь совсѣмъ мягкая, съ неясными границами; легкое затвердѣніе удается прощупать только на весьма ограниченномъ мѣстѣ, непосредственно подъ мѣстомъ прикрѣпленія ушной сережки, такъ что между ухомъ и верхнимъ краемъ опухоли нельзя помѣстить пальца, а иногда и впе-

реди уха, причемъ форма затвердѣнія совершенно соотвѣтствуетъ формѣ околоушной железы; тогда какъ при аденитѣ опухоль ограничена довольно рѣзко, на ощупь она плотна и окружающая клѣтчатка не отечна.

Какъ на менѣе существенный признакъ, можно указать еще на то, что parotitis нерѣдко бываетъ двусторонній и кончается разрѣшеніемъ въ нѣсколько дней, а adenitis всегда бываетъ на одной сторонѣ и для полнаго разрѣшенія требуетъ отъ 3 до 4 недѣль. Продолжительность лихорадки въ обоихъ случаяхъ приблизительно одинакова, но при аденитѣ температура въ первые дни подымается до 39,5—40, тогда какъ при parotitis въ большинствѣ случаевъ не выше 39.

Осмотрѣвши все тѣло, вы обращаетесь къ спеціальному осмотру головы, причемъ не забудьте обратить вниманіе на уши. Несомнѣнно, что причиной лихорадки можетъ быть не только воспаленіе средняго или внутренняго уха, но также и *otitis externa* и чирьеобразное воспаленіе наружнаго слуховаго прохода, легко доступное для діагностики при наружномъ осмотрѣ уха даже и неспеціалисту. При изслѣдованіи оказывается, что вслѣдствіе ограниченной припухлости просвѣтъ наружнаго слуховаго прохода значительно съуженъ, хотя еще сухъ, или поверхность его покрыта тонкимъ слоемъ серозной жидкости; смотря по мѣсту, занимаемому опухолью, ребенокъ жалуется на болѣе или менѣе значительную боль при дотрогиваніи до ушной раковины и особенно при давленіи на tragus; при этомъ припухаютъ иногда лимфатическія железки, лежащія непосредственно сзади уха на proc. mastoid, или ниже уха, за угломъ нижней челюсти или, наконецъ, впереди его, лежащія въ ткани parotis (Tröltsch). Черезъ нѣсколько дней (4—6) нарывчикъ вскрывается и изъ наружнаго слуховаго прохода показывается гной, причемъ всѣ болѣзненные припадки значительно и быстро уменьшаются и лихорадка стихаетъ.

Ребенокъ лѣтъ 4-хъ или старше, конечно, самъ укажетъ врачу на свою болѣзнь, такъ какъ острые отиты всегда

сопровождаются значительною болью въ ухѣ, но у маленькихъ, и въ особенности у грудныхъ вся болѣзнь выражается только лихорадочнымъ состоянiемъ и упорнымъ крикомъ, который прекращается лишь съ появленiемъ течи.

Дiагностика воспаленiя средняго уха несравненно труднѣе уже потому, что вслѣдствiе узкости наружнаго слуховаго прохода изслѣдованiе барабанной перепонки зеркаломъ доступно лишь специалисту, и по тому еще, что при этомъ страданiи, кромѣ лихорадки и безпокойства, легко появляются мозговые симптомы, напр., рвота и конвульсiи, которые не только не выясняютъ дѣла, а напротивъ того сбиваютъ врача на ложный путь.

Впрочемъ самостоятельные отиты въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются не часто, такъ что въ этомъ отношенiи гораздо большее дiагностическое значенiе принадлежитъ насморку.

Острый насморкъ имѣетъ громадное значенiе для дiагностики начинающейся лихорадочной болѣзни, главнымъ образомъ по двумъ причинамъ: въ 1-хъ, потому что симптомъ этотъ часто встрѣчается, и во 2-хъ, что при существованiи насморка выборъ приходится дѣлать изъ небольшаго числа болѣзней, такъ какъ насморкъ, какъ начальный симптомъ лихорадочной болѣзни, свойственъ только слѣдующимъ четыремъ процессамъ: 1) обыкновенному такъ назыв. простудному насморку; 2) первичному дифтериту носа; 3) гриппу, и 4) кори.

При дiагностикѣ простаго насморка отъ дифтеритическаго надо имѣть въ виду слѣдующiя обстоятельства: во 1-хъ, *характеръ эпидемiи*. Рѣдко случается, чтобы дифтеритъ въ какомъ нибудь семействѣ начался бы въ формѣ дифтерита носа, въ громадномъ же большинствѣ случаевъ онъ является у кого-либо изъ членовъ семьи въ обыкновенной формѣ дифтерита зѣва и потомъ передается при случаѣ и въ видѣ дифтерита носа, особенно груднымъ дѣтямъ; первичная локализацiя дифтерита на слизистой оболочкѣ носа встрѣчается довольно рѣдко и потому едва-ли когда-нибудь появляется онъ одновременно у двухъ—троихъ дѣтей, а

простой насморкъ, напротивъ, рѣдко бываетъ у одного ребенка, обыкновенно-же наблюдается у многихъ и при томъ какъ дѣтей, такъ и у взрослыхъ, такъ какъ онъ довольно заразителенъ; у однихъ онъ протекаетъ безъ лихорадки, у другихъ съ жаромъ, у третьихъ кромѣ того еще и съ кашлемъ и т. д.

Во 2-хъ, *возрастъ*. Первичный дифтеритъ носа есть болѣзнь по преимуществу грудныхъ дѣтей, тогда какъ простой насморкъ не дѣлаетъ исключенія ни для какого возраста.

Въ 3-хъ, *общіе симптомы*. Повышеніе температуры при дифтеритѣ носа, вообще говоря, не сильнѣе, чѣмъ при простомъ насморкѣ, нерѣдко даже слабѣе, но общее состояніе страдаетъ замѣтнѣе: ребенокъ блѣднѣетъ, глаза выражаютъ слабость; при простомъ насморкѣ напротивъ высота температуры стоитъ какъ-бы въ противорѣчіи съ бодрымъ состояніемъ ребенка.

Въ 4-хъ, *мѣстныя явленія*, которыя я ставлю на послѣднемъ мѣстѣ, такъ какъ дифтеритъ носа рѣдко начинается съ ноздрей и потому далеко не всегда можетъ быть видимъ при осмотрѣ носа спереди. При подозрительномъ насморкѣ иногда удается извлечь изъ носа крупозныя перепонки при помощи корпійной турундочки. Слизистая жидкость, вытекающая изъ носа, въ обоихъ случаяхъ вначалѣ бываетъ прозрачна, но при дифтиритѣ носа, она обладаетъ гораздо болѣе раздражающими свойствами, такъ что очень скоро на краю ноздрей и на верхней губѣ появляются ссадины, скоро покрывающіяся дифтеритическимъ экссудатомъ и потому довольно характеристичныя для злокачественнаго насморка, особенно въ томъ случаѣ, если онъ сопровождается припухлостью подчелюстныхъ железъ; такой комплексъ симптомовъ, какъ слабый видъ ребенка, насморкъ съ желтоватыми ссадинами на ноздряхъ и опухоль железъ, на столько характерисгиченъ для дифтерита носа, что позволяетъ иногда узнавать эту болѣзнь на разстояніи. — Подобный комплексъ симптомовъ часто встрѣчается и при скарлатинѣ, осложненной дифтеритомъ зѣва и хоанъ. При скарлатинѣ насморкъ очень рѣдко появляется

на первый день болѣзни, обыкновенно же послѣ высыпанія, а потому для діагностики затрудненій не представляетъ.

Если лихорадочный насморкъ сопровождается конъюнктивитомъ (слезотеченіе, свѣтобоязнь, краснота внутренней поверхности вѣкъ) и кашлемъ, то можно думать о кори и гриппѣ. Въ такомъ случаѣ, дѣло рѣшается осмотромъ слизистой оболочки зѣва, гдѣ бываетъ при кори пятнистая сыпь, но такъ какъ коревой насморкъ и кашель нерѣдко являются раньше пятнистой красноты зѣва, то отсутствіе послѣдней на первый и даже на 2-й день болѣзни еще не исключаетъ кори. (О дальнѣйшихъ отличіяхъ въ главѣ о гриппѣ).

Изъ *болѣзней рта* лихорадку могутъ вызывать слѣдующія три: stomatitis erythematosa, stom. aphthosa и stomacace. На эти три болѣзни я обращаю ваше особенное вниманіе, такъ какъ значеніе ихъ часто не оцѣнивается по достоинству.

Stomatitis erythematosa (простое воспаленіе рта) выражается лишь краснотой слизистой оболочки языка и десенъ и слюнотеченіемъ. Болѣзнь эта свойственна, преимущественно, дѣтямъ до двухлѣтняго возраста и груднымъ, у которыхъ она нерѣдко предшествуетъ развитію молочницы; въ другихъ случаяхъ стоматитъ вызывается прорѣзываніемъ молочныхъ зубовъ, на что указываетъ ограниченная припухлость десенъ соотвѣтственно идущему зубу. Раздраженіе слизистой оболочки рта вызываетъ усиленное отдѣленіе слюны и сопровождается, вѣроятно, непріятнымъ ощущеніемъ, вслѣдствіе чего ребенокъ часто лазяетъ въ ротъ руками и дѣлается раздражителенъ, капризенъ и непокойно спитъ. Эта такъ называемая *лихорадка къ зубамъ* у нѣкоторыхъ дѣтей достигаетъ высокой степени, такъ что дѣло можетъ дойти даже до судорогъ, и именно въ началѣ лихорадки, при быстромъ повышеніи температуры; впрочемъ, подобнаго рода осложненія въ дѣйствительной жизни встрѣчаются крайне рѣдко, такъ какъ лихорадка при stomatitis simplex обыкновенно не высока и дня черезъ три исчезаетъ.

При прорѣзываніи широкой коронки коренныхъ зубовъ, лихорадочное состояніе можетъ продолжаться и дольше, такъ какъ воспаленіе слизистой оболочки рта усиливается до степени образованія на языкѣ, губахъ и деснахъ небольшихъ, круглыхъ, поверхностныхъ язвочекъ, покрытыхъ желтоватымъ экссудатомъ; это такъ наз. *афтозное воспаленіе рта*—Stomatitis aphthosa. При этой болѣзни температура достигаетъ иногда до 40° Ц. и больше, а потому и судороги бываютъ чаще, но только у маленькихъ дѣтей; у дѣтей-же болѣе взрослыхъ, афтозный стоматитъ никогда не сопровождается опасными явленіями, хотя и наблюдается очень нерѣдко, вслѣдствіе засоренія желудка, простуды (вмѣстѣ съ herpes'омъ на губахъ) и другихъ неизвѣстныхъ причинъ.

Афты не слѣдуетъ смѣшивать съ другаго рода язвеннымъ-же воспаленіемъ слизистой оболочки рта, извѣстнымъ подъ именемъ *Stomacace s. Stomatitis ulcerosa*. Эта болѣзнь отличается, между прочимъ, тою особенностью, что *никогда не поражаетъ дѣтей беззубыхъ*, такъ какъ всегда начинается съ края десенъ рѣзцовъ или клыковъ и потомъ распространяется на десны другихъ зубовъ, а если оставляется безъ лѣченія, то путемъ самозараженія переходитъ и на слизистую оболочку щекъ, именно на мѣста, непосредственно прилегающія къ пораженнымъ деснамъ, вслѣдствіе чего, на внутренней поверхности щеки является узкое, но длинное изъязвленіе, покрытое желтоватымъ экссудатомъ. Отъ Stomatitis aphthosa эта форма воспаленія рта рѣзко отличается двумя главными признаками: въ 1-хъ, *формой язвъ* — тамъ небольшія круглыя язвочки, разбросанныя по языку, губамъ, иногда и по деснамъ, а здѣсь язвенное разрушеніе *края* распухшихъ и легко кровоточащихъ десенъ, съ послѣдовательнымъ изъязвленіемъ слизистой оболочки щекъ въ видѣ узкой полосы, и во 2-хъ, сильной *вонью* изо рта, совсѣмъ несвойственной афтамъ. Относительно лихорадки можно только сказать, что повышеніе температуры при stomacace рѣдко достигаетъ 39°, обыкновенно-же держится около 38—38,5; въ дальнѣйшемъ теченіи (а нерѣдко и съ

самаго начала) лихорадки не бываетъ; продолжительность лихорадочнаго періода трудно опредѣлить, такъ какъ лѣченіе бертолетовой солью (внутрь или снаружи) оказываетъ могучее вліяніе какъ на мѣстныя, такъ и на общія явленія; судя по амбулянтнымъ больнымъ въ больницѣ, поздно обращающимся за врачебной помощью, можно считать за средній срокъ лихорадки при stomacace около недѣли.

Для примѣра я приведу слѣдующую температурную таблицу, относящуюся къ ребенку трехъ лѣтъ. На 1-й день болѣзни t^0 не измѣрялась; пораженіе десенъ появилось на 2-й день, съ этого же дня былъ назначенъ kali chlor. внутрь, въ видѣ микстуры изъ 10 gr. на 2 унціи воды, чрезъ 2 часа по чайной ложкѣ; не смотря на лѣченіе бертолетовой солью, въ теченіе первыхъ трехъ дней изъязвленіе десенъ значительно прогрессировало, хотя вони не было почти вовсе. Улучшеніе мѣстныхъ припадковъ выступило на 6-й день, слѣдовательно, еще до полнаго окончанія лихорадки.

2-й день	ут.	—	веч.	39,2
3-й »	»	38,3	»	39
4-й »	»	38,7	»	39,7
5-й »	»	37,9	»	39,4
6-й »	»	38,1	»	39,4
7-й »	»	37,5	»	38
8-й »	»	37,2	»	37,4

Драгоцѣнные результаты для оцѣнки лихорадочнаго состоянія даетъ намъ *изслѣдованіе зѣва.* Различнаго рода жабы, въ однихъ случаяхъ, служатъ выраженіемъ мѣстнаго страданія слизистой оболочки зѣва, а въ другихъ зависятъ отъ общаго заболѣванія организма, преимущественно отъ острыхъ инфектіозныхъ экзантемъ, при которыхъ высыпаніе на кожѣ появляется на нѣсколько часовъ или на цѣлыя сутки позднѣе, чѣмъ высыпаніе на слизистой оболочкѣ зѣва, что и даетъ возможность діагносцировать эти болѣзни еще до появленія характеристической сыпи. О діагностикѣ различныхъ формъ жабъ я буду говорить въ главѣ о дифтеритѣ, здѣсь же замѣчу только, что столь болѣзненныя для взрослыхъ воспаленія слиз. оболочки зѣва у маленькихъ дѣтей протекаютъ скрытно, такъ что почти никогда не удается подмѣтить у ребенка затрудненнаго глотанья, а отсюда слѣдуетъ то общеизвѣстное правило, что

изслѣдовать зѣвъ необходимо у каждаго лихорадящаго ребенка. Во многихъ случаяхъ, однако, осмотра недостаточно, но нужно еще и пощупать пальцемъ, которымъ всего скорѣе удастся открыть существованіе *заднеглоточнаго нарыва.* Изслѣдованіе пальцемъ положительно необходимо при наличности симптомовъ, свойственныхъ этимъ нарывамъ, каковы, напр., особенная гнусоватость или хриплость голоса, затрудненное дыханіе, косое положеніе головы, опухоль подчелюстныхъ железъ и др.

Замѣчу кстати, что изслѣдованіе зѣва осмотромъ всего труднѣе у грудныхъ, у которыхъ одного придавливанія корня языка шпателемъ обыкновенно бываетъ недостаточно для разведенія челюстей; по этой-то причинѣ заднеглоточные нарывы (всего чаще встрѣчающіеся у грудныхъ) и остаются неузнанными, если не предпринимается пальпаторное изслѣдованіе. При осмотрѣ зѣва у маленькихъ дѣтей, я стараюсь давить штапелемъ не только на корень языка, но и на верхній край нижней челюсти; при такомъ пріемѣ легче удается открыть какъ слѣдуетъ ротъ ребенка.

Лихорадочныя *болѣзни легкихъ* я могу пройти молчаніемъ, такъ какъ трудно допустить, чтобы современный врачъ не приступилъ бы къ изслѣдованію грудныхъ органовъ посредствомъ ощупыванія, постукиванія и выслушиванія, въ особенности если онъ получаетъ на свои руки больнаго съ кашлемъ и съ учащеннымъ дыханіемъ, т. е. съ симптомами, прямо указывающими ему, гдѣ нужно искать причину лихорадки. Безъ кашля и безъ одышки, но съ лихорадкой и съ истощеніемъ протекаетъ только медленно развивающійся *плевритическій экссудатъ*, который потому и можетъ остаться неузнаннымъ въ теченіи цѣлыхъ недѣль, хотя физикальные его симптомы такъ рѣзки, что его нельзя не узнать или не замѣтить даже при поверхностномъ изслѣдованіи груди.

Сравнительно легче просмотрѣть *болѣзни сердца*, такъ какъ онѣ часто протекаютъ безъ явныхъ симптомовъ. Слѣдуетъ помнить, что endocarditis въ дѣтскомъ возрастѣ присоединяется не къ одному лишь острому сочленовному ревма-

тизму, но также и къ различнымъ инфектіознымъ болѣзнямъ, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ я поставилъ-бы скарлатину, потомъ рекуррентъ и корь. *Ожесточеніе лихорадки въ періодѣ лизиса или вознобновленіе ея въ періодѣ реконвалесценціи зависитъ обыкновенно отъ какихъ-нибудь осложненій, въ числѣ которыхъ нужно считаться и съ эндо- или перикардитомъ.*

Изъ болѣзней органовъ живота, могущихъ быть причиной лихорадки, я укажу только на страданія желудка.

Такъ называемая *гастрическая лихорадка*, т. е. повышеніе температуры вслѣдствіе катарральнаго состоянія или засоренія желудка, встрѣчается въ двухъ формахъ: острой и подъострой.

Въ первой формѣ — *gastritis acuta* — температура быстро подымается до 40° и даже больше и, вмѣстѣ съ тѣмъ, появляется повторная, рѣже однократная рвота, а позднѣе можетъ быть и поносъ. Эта форма гастрита часто встрѣчается у дѣтей вообще здоровыхъ, съ хорошимъ пищевареніемъ, которыхъ совсѣмъ не стѣсняютъ въ выборѣ пищи, а потому, въ анамнезѣ у нихъ не трудно найти крупную погрѣшность въ діэтѣ, отъ которой и произошла болѣзнь. По моимъ наблюденіямъ, причиной такихъ гастритовъ нерѣдко бываетъ, между прочимъ, и виноградъ, считающійся въ публикѣ за фруктъ вполнѣ невинный, который, поэтому, дается дѣтямъ ad libitum; въ другихъ случаяхъ, причиной болѣзни бываютъ кондитерскія печенья и конфекты, закуски и т. п. неудобоваримыя вещи.

Для примѣра этой формы гастрита, я приведу два слѣдующихъ случая:

Мальчикъ 12-и лѣтъ, хорошаго развитія и вообще здоровый, поѣлъ вечеромъ много колбасы, килекъ и другихъ закусокъ; на слѣдующій день съ утра общее недомоганіе, тяжесть въ желудкѣ, тошнота при t° — 37,3; вечеромъ t° — 40,3; въ теченіе дня разъ вырвало; тупая боль живота, полное отсутствіе аппетита, дурной вкусъ во рту, обложенный языкъ, усиленная жажда, съ предпочтеніемъ холоднаго питья. Послѣ клистира прослабило очень мало. На слѣдующій день t° утромъ 39,8, остальное безъ перемѣнъ. Назначенъ слабительный пріемъ каломеля. Вечеромъ — 39,3. Послѣ двукратнаго обильнаго испражненія общее состояніе значительно лучше. Утромъ t° — 37,8, вечеромъ — 37. Быстрое выздоровленіе.

Дѣвочка Елагина, 5 л. До 19-го іюня 1882 года была совершенно здорова; въ этотъ день ѣла много ягодъ и пила за обѣдомъ вино. Въ 6 час. вечера стала зябнуть, потомъ съ ней сдѣлался жаръ; вечеромъ вырвало послѣ пріема касторового масла, при чемъ со рвотой вышло много ягодъ. Послѣ рвоты данъ 2-й пріемъ касторки; къ утру обильное послабленіе каломъ, но жаръ не ослабѣлъ; темпер. въ часъ дня 40; въ теченіе дня прослабило еще 2 раза; рвота слизистой жидкостью тоже два раза; больная сонлива. На 3-й день (21-го) t^0 утромъ 39,4; въ часъ дня 40. На верхней губѣ herpes; общее состояніе лучше, сонливость меньше; полное отсутствіе аппетита; животъ нѣсколько ввалился, на головную боль не жалуется. Въ теченіи трехъ слѣдующихъ дней лихорадка кончилась лизисомъ, аппетитъ началъ появляться только по исчезновеніи лихорадки.

Такъ какъ рвота часто является при быстромъ повышеніи температуры отъ какой бы то ни было болѣзни, то понятно, что діагностика такихъ гастритовъ на первый день болѣзни не легка, тѣмъ болѣе, что и обложенный языкъ также свойственъ не однимъ гастритамъ. Для правильной оцѣнки случая чрезвычайно важны анамнестическія данныя (нарушеніе діэты), содержимое рвоты, обыкновенно состоящее изъ остатковъ непереваренной пищи, вызвавшей болѣзнь, вздутіе подложечки и боль при давленіи на нее; рвота облегчаетъ больнаго; наконецъ, быстрое выздоровленіе послѣ абсолютной діэты и слабительнаго. Отсутствіе какой-либо эпидеміи въ данной мѣстности значительно облегчаетъ діагностику.

Вторая форма—*gastritis subacuta* s. gastricismus начинается постепенно съ потери аппетита, головной боли, общей слабости и вялости, и протекаетъ съ незначительной лихорадкой и *съ желтухой, но нерѣдко безъ рвоты и безъ поноса*. Лихорадочное состояніе, колеблющееся между 37,8 — 38,5, затягивается на 1—2 недѣли. Эта форма болѣе свойственна дѣтямъ съ слабымъ желудкомъ, у которыхъ разстройство пищеваренія появляется иногда и безъ грубыхъ погрѣшностей въ діэтѣ. При рвотѣ болѣзнь эта можетъ быть принята за туберкулезный менингитъ, начало котораго тоже обозначается рвотой, головной болью, запоромъ, апатіей и легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ, пульсъ въ первомъ періодѣ менингита можетъ оставаться правильнымъ, животъ еще не втянутъ. Какъ примѣръ такой формы

гастрита я могу привести вамъ слѣдующій случай изъ частной практики: мальчикъ 7 лѣтъ, блѣдный и худой, въ прежнее время часто страдалъ течью изъ ушей, которая появилась и теперь, за нѣсколько дней до заболѣванія; *за послѣднія 3 — 4 недѣли ребенокъ замѣтно похудѣлъ*, потерялъ аппетитъ и нѣсколько дней страдаетъ *запоромъ;* наканунѣ моего визита сталъ жаловаться на *головную боль* и его *2 раза вырвало*, послѣ чего онъ сдѣлался чрезвычайно *скученъ* и лежалъ въ постели совершенно безучастно ко всему окружающему; пульсъ въ день моего посѣщенія былъ нѣсколько *замедленный* (72) и *неправильный*; $t^0 = 37{,}8$. Совершенно тѣ же симптомы были годъ тому назадъ у его брата, умершаго въ то время отъ ясно выраженнаго туберкулезнаго менингита. Сходство было такъ велико, что мать встрѣтила меня словами отчаянія, что и второй ея сынъ заболѣлъ головной водянкой. Дѣйствительно, въ пользу такого предположенія, какъ казалось съ перваго взгляда, говорилъ не только комплексъ симптомовъ, но и анамнестическія данныя, каковы золотушная течь изъ ушей, похуданіе за послѣднее время, смерть брата отъ туберкулезнаго менингита и общій блѣдный видъ больнаго. Изслѣдовавши ребенка, я высказался однако противъ головной водянки и предположилъ скорѣе гастрицизмъ. Основаніемъ мнѣ послужили не столько обложенный языкъ, вздутость и легкая болѣзненность подъ ложечкой при давленіи на нее, сколько *желтизна конъюнктивы*. Этотъ вѣрнѣйшій признакъ катарральнаго состоянія 12-и перстной кишки, совсѣмъ несвойственный первому періоду менингита, имѣетъ громадное значеніе не только для распознаванія подобныхъ формъ гастрицизма, но также для предсказанія и лѣченія. Въ нашемъ случаѣ на слѣдующій же день развилась общая желуха и дѣло выяснилось окончательно.

Другой симптомъ, по моему мнѣнію не менѣе важный для діагностистики, хотя самъ по себѣ и ничтожный, есть *herpes labialis*, который тоже почти никогда не бываетъ при туберкулезномъ менингитѣ, но часто встрѣчается при засореніи желудка.

На сходство нѣкоторыхъ формъ гастрита съ туберкулезнымъ менингитомъ впервые было указано Rilliet и Barthez'омъ (см. ихъ руководство къ дѣтскимъ болѣзнямъ, въ главѣ: Апиретическій приливъ крови къ печени, т. II, стр. 37) *).

Многіе изъ авторовъ придаютъ особенное значеніе характеру рвоты; по ихъ наблюденіямъ, желудочная рвота отличается отъ мозговой тѣмъ, что первой предшествуетъ болѣе или менѣе продолжительная тошнота, которая появляется вскорѣ послѣ принятія пищи, тогда какъ мозговая рвота является безъ тошноты, вдругъ, какъ будто больной выбрасываетъ содержимое рта, а не желудка; далѣе мозговой рвотѣ приписывается еще и та особенность, что она часто является на тощакъ и при томъ главнымъ образомъ при переходѣ больнаго изъ горизонтальнаго положенія въ вертикальное. Я лично совершенно согласенъ съ Henoch'омъ и не считаю возможнымъ придавать этимъ признакамъ *рѣшающее* значеніе, такъ какъ здѣсь встрѣчаются многочисленныя исключенія, какъ въ томъ, такъ и въ другомъ направленіи. Съ одной стороны, напр., я испыталъ на самомъ себѣ, какъ легко и безъ тошноты можетъ появляться желудочная рвота при переходѣ въ вертикальное положеніе, а съ другой стороны не можетъ подлежать сомнѣнію, что и мозговая рвота весьма часто является послѣ пищи или питья и въ особенности послѣ пріема лѣкарства. Большее значеніе имѣетъ, по моему мнѣнію, *упорство рвоты*, не уступающей въ теченіи нѣсколькихъ дней ни діэтѣ, ни лѣкарствамъ, и еще то обстоятельство, что *послѣ желудочной рвоты больной чувствуетъ* нѣкоторое (иногда значительное) *облегченіе*, тогда какъ *послѣ мозговой онъ еще*

---

*) Нѣсколько весьма интересныхъ случаевъ приведены также у Henoch'a въ его Beitr. f. Kinderh. N. F., стр. 51, а также Handbuch, стр. 258. Какъ на весьма важный признакъ гастрита онъ указываетъ между прочимъ на *густо обложенный языкъ* и непріятный запахъ изо рта; наоборотъ, противъ гастрита и за менингитъ говоритъ неправильный и въ *то же самое время* замедленный пульсъ; одна неправильность пульса, безъ замедленія, не имѣетъ особаго діагностическаго значенія.

больше ослабѣваетъ и нерѣдко засыпаетъ. Далѣе, въ пользу мозговой рвоты говорятъ также чистый языкъ, отсутствіе дурнаго запаха изо рта, болѣзненности при давленіи подъ ложечкой, отсутствіе метеоризма и *сильная* головная боль, которая, впрочемъ, бываетъ таковой далеко не во всѣхъ случаяхъ начинающагося (туберкулезнаго) менингита. Вообще говоря, ни одинъ изъ перечисленныхъ признаковъ не можетъ считаться абсолютно вѣрнымъ, и каждый изъ нихъ, взятый въ отдѣльности, можетъ отсутствовать, а потому важнѣйшимъ критеріемъ для діагностики всегда будетъ общій комплексъ симптомовъ, представляемыхъ больнымъ.

При осмотрѣ скелета, обратите вниманіе и на мышечную систему, такъ какъ *мышечный ревматизмъ* можетъ считаться совершенно достаточной причиной лихорадки. У дѣтей всего чаще встрѣчается ревматизмъ шейныхъ мышцъ, въ видѣ torticolis rheumatica.

Въ діагностическомъ отношеніи не малый интересъ представляетъ пораженіе мышцъ живота, ревматизмъ которыхъ, по словамъ Bamberger'а, можетъ симулировать перитонитъ; но страданіе это очень рѣдкое, и я лично никогда не встрѣчалъ его; въ дѣтскомъ возрастѣ гораздо чаще встрѣчается чрезвычайно болѣзненное *пораженіе брюшныхъ мышцъ вслѣдствіе гимнастики.* Одинъ изъ такихъ случаевъ описанъ мной въ „Медицинскомъ Обозр." Т. XIII, стр. 123.

Картина болѣзни какъ въ этомъ случаѣ, такъ и въ другомъ, встрѣтившемся мнѣ также въ частной практикѣ, очень напоминала картину остраго перитонита.

Въ легкой степени пораженіе это довольно часто встрѣчается у дѣтей, начинающихъ гимнастировать; они жалуются на боль подъ ложечкой, усиливающуюся отъ давленія на это мѣсто или при сгибаніи туловища, а таже при кашлѣ и вообще при всякомъ напряженіи прямыхъ мышцъ живота; въ 2 — 3 дня боль исчезаетъ, не смотря даже на продолженіе запятій гимнастикой; подобныя же боли встрѣчаются и у коклюшныхъ, вслѣдствіе повторнаго и сильнаго напряженія брюшныхъ мышцъ во время кашля.

Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ, боль достигаетъ значительной степени и, какъ уже сказано, сопровождается симптомами, симулирующими перитонитъ. Обыкновенно бываетъ такъ, что черезъ нѣсколько часовъ послѣ того, какъ ребенокъ усиленно занимался гимнастикой, при чемъ заставлялъ работать, главнымъ образомъ m. m. recti abdominis, онъ начинаетъ жаловаться на сильную боль живота, которая, подобно перитонической боли, усиливается даже при легкомъ давленіи на животъ и при всякомъ движеніи, такъ что ребенокъ по неволѣ ложится въ постель и принимаетъ положеніе на спинѣ съ нѣсколько согнутыми ногами; сходство съ перитонитомъ идетъ дальше еще и въ томъ отношеніи, что появляется рвота, запоръ (такъ какъ всякое напряженіе брюшнаго пресса очень болѣзненно) и лихорадочное состояніе (до 38,5). Отличіе отъ перитонита, помимо этіологіи, состоитъ въ слѣдующемъ: 1) Боль если бываетъ сначала во всемъ животѣ, то все-таки всего сильнѣе она по направленію прямыхъ мышцъ живота, въ особенности въ ихъ нижней части, т. е. между пупкомъ и лобкомъ, тогда какъ при перитонитѣ, который всего чаще развивается изъ typhlitis, боль вначалѣ всего сильнѣе in reg. ileo-coecalis, а въ тѣхъ случаяхъ, когда перитонитъ локализируется въ нижней части живота, то въ страданіе вовлекается и мочевой пузырь, отчего является задержаніе мочи, чего при мышечныхъ боляхъ не бываетъ. 2) Если на первый день болѣзни боли и распространялись по всему животу, то уже на 2-й, много на 3-й день онѣ сосредоточиваются только въ прямыхъ мышцахъ. 3) Самое существенное отличіе мышечныхъ болей отъ воспаленія брюшины состоитъ въ легкости теченія: лихорадка и рвота продолжаются лишь 1—2 дня; боли уменьшаются съ каждымъ днемъ, такъ что чрезъ нѣсколько дней больной можетъ встать съ постели; до явленій колляпса (осунувшееся лицо, нитевидный пульсъ, холодъ конечностей), столь свойственныхъ перитониту, дѣло никогда не доходитъ.

Изъ *болѣзней костей* особенно важное значеніе, какъ по частотѣ появленія, такъ и по своимъ послѣдствіямъ, имѣ-

етъ *воспаленіе позвоночника* (spondilitis), которое нерѣдко остается неузнанной причиной лихорадки не только въ теченіи нѣсколькихъ дней, но даже и цѣлыхъ недѣль. Дѣло въ томъ, что osteo-myelitis позвонковъ не сопровождается сильной болью въ мѣстѣ воспаленія; ребенокъ чаще жалуется на боли въ ногахъ или въ животѣ, чѣмъ на боли въ спинѣ; чтобы констатировать послѣднія, надо изслѣдовать самый позвоночникъ, и тогда не трудно замѣтить пораженіе его еще за долго до образованія угловатаго горба. Первыми симптомами начинающейся Поттовой болѣзни являются боль при давленіи на остистый отростокъ извѣстнаго позвонка или при прикосновеніи къ нему горячей губкой, и малая подвижность позвоночника при сгибаніи спины.

По поводу лихорадочныхъ болѣзней костей кстати будетъ коснуться вопроса о томъ, не можетъ ли лихорадка у ребенка быть вызванной *острымъ рахитизмомъ* rachitis acuta? При настоящемъ состояніи нашихъ свѣдѣній, вопросъ этотъ рѣшить не легко, такъ какъ самое существованіе остраго рахитизма еще не вполнѣ доказано. Въ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ объ немъ или ничего не говорится, или упоминается вскользь; только у одного Steiner'а можно найти описаніе остраго рахитизма, сдѣланное на основаніи 10 собственныхъ случаевъ. По его словамъ, болѣзнь всего чаще поражаетъ дѣтей въ возрастѣ отъ 4 до 9 и мѣсяцевъ, до тѣхъ поръ вполнѣ здоровыхъ и цвѣтущихъ, находящихся при груди или только что отнятыхъ. Ребенокъ теряетъ аппетитъ, мало и не покойно спитъ, много плачетъ и лихорадитъ; вскорѣ появляются поносъ и рвота, подъ вліяніемъ которыхъ ребенокъ быстро худѣетъ и перестаетъ сидѣть; предоставленный самому себѣ, больной лежитъ совершенно покойно, избѣгая всякихъ движеній, какъ руками, такъ и ногами; всякое прикосновеніе къ нему причиняетъ ему боль, отчего онъ сильно вскрикиваетъ. Скоро удается замѣтить на той или другой конечности, всего чаще на бедрахъ, періостальную припухлость, которая, въ связи съ боязливой неподвижностью и болѣзнен-

ностью конечностей, производитъ впечатлѣніе травматическаго повреждения. Черезъ 2—3 недѣли всѣ симптомы исчезаютъ также быстро, какъ появились, и ребенокъ скоро выздоравливаетъ; въ двухъ случаяхъ, относившихся къ сифилитикамъ, болѣзнь кончилась смертельно. По Politzer'у*), острый рахитизмъ несомнѣнно существуетъ и характеризуется сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, съ проливными, почти постоянными потами, съ большимъ безпокойствомъ, выражающимся неукротимымъ крикомъ днемъ и ночью въ теченіе цѣлыхъ недѣль, въ особенности при движеніяхъ ребенка и дотрогиваніи до него; черезъ нѣсколько недѣль образуются искривленія различныхъ длинныхъ костей (ключицы, ребра, плеча и др.) или обширныя размягченія затылка.

Во всѣхъ четырехъ случаяхъ Förster'а, кромѣ перечисленныхъ симптомовъ, былъ еще кровоподтекъ въ деснахъ вокругъ зубовъ, а потому онъ считаетъ этотъ признакъ патогномоничнымъ для остраго рахитизма, хотя другіе его и не видали. Разногласіе на счетъ припадковъ остраго рахитизма замѣтно и въ другихъ отношеніяхъ, такъ, напр., въ однихъ случаяхъ описывается сильная лихорадка, тогда какъ въ другихъ ея почти совсѣмъ не было (случаи Bohn'а); иногда поражались эпифизы (случаи Senator'а, Petrone, Hirschsprung'а), иногда же діафизы (Fürst, Steiner, Förster) или граница эпи- и діафизовъ (Rehn). По наблюденіямъ Oppenheimer'а (который считаетъ рахитизмъ ни за что другое, какъ за проявленіе интермиттента) рахитизмъ въ извѣстномъ періодѣ почти всегда сопровождается повышеніемъ температуры, стало-быть, течетъ остро, но такое теченіе не соотвѣтствуетъ случаямъ, описаннымъ различными авторами, подъ именемъ rachitis acuta; случаи эти, по мнѣнію Oppenheimer'а, относятся просто къ періоститамъ.

Словомъ, острый рахитизмъ описывался и понимался каждымъ по своему, и за отсутствіемъ патолого-анатомическихъ

---

*) l. c. стр. 303.

данныхъ по этому поводу высказано было много взглядовъ; такъ большинство авторовъ, писавшихъ объ остромъ рахитизмѣ, принимаютъ его за интензивную острую форму обыкновеннаго рахитизма, Stiebel высказывается за самостоятельность этой болѣзненной формы и причисляетъ ее къ числу конституціональныхъ страданій; Ritter, Monti, Henoch не признаютъ существованія остраго рахитизма, а болѣзнь, описанную подъ этимъ именемъ, считаютъ лишь за начальный періодъ обыкновенной rachitis; Bohn сводитъ припадки остраго рахитизма на интензивный, нормальный ростъ костей; по Oppenheimer'у, какъ сказано, это скорѣе обыкновенный periostitis, наконецъ, Rehn думаетъ, что подъ видомъ rachitis acuta, въ дѣтскомъ возрастѣ протекаетъ osteo-myelo-periostitis.

И такъ, существуетъ ли острый рахитизмъ какъ самостоятельная болѣзнь, или такой болѣзни нѣтъ, а названіе Rachitis acuta должно быть признано зи суммарное для самыхъ разнообразныхъ процессовъ, — во всякомъ случаѣ вѣрно то, что у дѣтей, въ возрастѣ до 2-хъ лѣтъ, встрѣчается острая лихорадочная болѣзнь, въ большинствѣ случаевъ оканчивающаяся черезъ нѣсколько недѣль выздоровленіемъ, но оставляющая послѣ себя въ различныхъ костяхъ скелета рѣзкія измѣненія, весьма похожія на рахитическія; а потому при діагностикѣ лихорадочной болѣзни у маленькаго ребенка нужно имѣть въ виду, между прочимъ, и такъ называемую rachitis acuta.

II. Источники ошибокъ при діагностикѣ лихорадочныхъ болѣзней.

Въ предыдущей главѣ мы остановились на разборѣ симптомовъ, которые прямо указываютъ на мѣсто болѣзни и, такимъ образомъ, выясняютъ причину лихорадки, теперь же мы переходимъ къ разбору различныхъ источниковъ ошибокъ, вслѣдствіе которыхъ врачъ можетъ принять мѣстное страданіе за общее и наоборотъ, или же вообще неправильно понять болѣзнь. Если на 1-й или 2-й день бо-

лѣзни вамъ не удалось найти никакого мѣстнаго страданія, которымъ можно бы было объяснить существующую лихорадку, то вы все-таки еще не вправѣ сказать, что имѣете дѣло съ лихорадкой безъ всякой локализаціи, т. е. съ общимъ страданіемъ организма, такъ какъ слѣдуетъ имѣть въ виду возможность *скрыто-протекающей мѣстной болѣзни* того или другаго изъ внутреннихъ органовъ: другими словами, что болѣзнь еще не выяснилась. Въ этомъ я вижу одно изъ главнѣйшихъ обстоятельствъ, служащихъ источникомъ ошибокъ врача при распознаваніи причины лихорадки у постели больнаго; симптомы кой-какіе могутъ уже быть на лицо, но врачъ не обратитъ на нихъ должнаго вниманія или объяснитъ ихъ лихорадкой, напр., учащенное дыханіе при скрыто-протекающей пневмоніи, головная боль при менингитѣ и проч. Этой «недоцѣнкѣ» симптомовъ можно противопоставить, какъ *второй источникъ ошибокъ* — «переоцѣнку» симптомовъ, когда припадокъ, зависящій просто отъ повышенія температуры, принимается за выраженіе мѣстнаго страданія какого-либо органа, напр., обложенный языкъ — за признакъ катарра желудка, сильная головная боль и рвота — за симптомы пораженія мозговыхъ оболочекъ и т. п. Избѣгнуть подобныхъ ошибокъ *всегда* не можетъ даже и самый опытный врачъ, но несомнѣнно, что при оцѣнкѣ симптомовъ практическая опытность, которая, къ сожалѣнію, не дается книгами, играетъ громадную роль.— Цѣль моя, поэтому, можетъ состоять лишь въ томъ, чтобъ указать на главнѣйшія точки опоры, которыхъ слѣдуетъ держаться, чтобъ избѣжать, по крайней мѣрѣ, хоть очень грубыхъ ошибокъ.

Скрытно протекающія мѣстныя болѣзни довольно разнообразны; въ клиническомъ отношеніи особенно интересны нѣкоторыя формы менингита и пневмоніи.

Упомянувъ о долго не выясняющихся менингитахъ, я имѣю въ виду главнымъ образомъ, острые *менингиты у грудныхъ дѣтей*. Очень часто бываетъ, что въ теченіи первой недѣли, а иногда и дольше, острое воспаленіе мозговыхъ оболочекъ у маленькихъ дѣтей выражается только рвотой,

постояннымъ крикомъ и безпокойнымъ сномъ, вслѣдствіе чего оно часто принимается за диспепсію съ коликами или за катарръ желудка. О нѣкоторыхъ отличіяхъ мозговой рвоты отъ желудочной я уже говорилъ выше, а потому здѣсь я укажу только на признаки, спеціально относящіеся къ груднымъ дѣтямъ. Противъ диспепсіи говоритъ прежде всего *повышеніе температуры*. Лихорадочное состояніе при meningitis у маленькихъ дѣтей нерѣдко отличается крайней неправильностью, съ частыми паденіями почти до нормы и съ послабленіями то по утрамъ, то по вечерамъ, какъ при туберкулезѣ. Подобный *характеръ лихорадки, исключающій, между прочимъ, тифъ, при существующей рвотѣ и при отсутствіи какихъ-либо другихъ мѣстныхъ болѣзней, можетъ значительно способствовать діагностикѣ менингита.* Какъ образчикъ подобнаго теченія, я приведу вамъ слѣдующую температурную кривую, относящуюся къ грудному мальчику, 10-и мѣсяцевъ отъ роду, заболѣвшему менингитомъ вслѣдствіе удара головой о висячую лампу.

Ушибъ головы произошелъ днемъ. Ночью съ ребенкомъ сдѣлался жаръ, рвота и поносъ; въ первыя сутки вырвало 5 разъ, прослабило 10 разъ слизисто и по немногу; ребенокъ очень безпокоенъ, много кричитъ. Дана чайная ложка кастороваго масла. 2-й день безпокойство продолжается, хотя прослабило только 3 раза; рвота 2 раза. 3-й д. рвоты не было: слабило 3 раза зеленоватой слизью. 4-й д. Передъ повышеніемъ температуры рвота и эклампсическій припадокъ, слабило 2 раза. Ночью паденіе t^0 на $36,2^0$, въ это время дано 2 gr. хинина, но не смотря на то, на 5-й д. новое поднятіе t^0-ы; ребенокъ покойнѣе, но нѣсколько *сонливъ*; во время сна *сосательныя движенія губами*. Въ теченіе слѣдующихъ 7-и дней особыхъ перемѣнъ не произошло, ребенокъ опять сдѣлался очень безпокоенъ и крикливъ; рвоты и судорогъ не было; испражненія оставались слизистыми отъ 3 до 5 разъ въ сутки; какихъ-либо новыхъ мозговыхъ симптомовъ, кромѣ по временамъ неподвижнаго взгляда, не было. На 12-й д. отмѣчена сонливость, сведеніе затылка, по временамъ косоглазіе и быстрая перемѣна цвѣта лица; на слѣдующій день спячка, на 14-й д. лэтальный исходъ. Вскрытіе не могло быть произведено.

Ходъ температуры былъ слѣдующій:

Дни.	8 ч.	12 ч.	6 ч.	12 ч. ночи.
2.	—	—	40	—
3.	40	39	39,9	*37,4* хининъ 3 грана.
4.	*37,6*	*39,6*	39	*36,2* эклампсія; хининъ 3 гр. въ 12 ч. ночи.
5.	39	39,2	39,4	*37,2* хининъ въ 12 ч. ночи.

Дни.	8 час.	12 ч.	6 ч.	12 ч. ночи.	
6.	38	*39,2*	*37,6*	37,8	хининъ утромъ.
7.	39,3	39,4	38,3	39,5	
8.	39,2	38,3	38,6	39,2	
9.	39	38,6	39,6	39,2	
10.	39,4	38,6	38,6	—	
11.	39	39,6	38,7	—	
12.	39	—	38,5	—	
13.	38,2	—	37,4	—	
14.	37				

Подобную же неправильную кривую мы имѣемъ и во 2-мъ случаѣ: больная дѣвочка $2^1/_2$ лѣтъ, заболѣла послѣ паденія со стола рвотой, головной болью и жаромъ и поступила въ больницу на 4-й день болѣзни въ сонливомъ состояніи, съ сведеннымъ затылкомъ, дрожаніемъ конечностей и рвотой послѣ питья. П. 130. Запора не было. На 6-й день—эклампсическій припадокъ и потомъ безсознательное состояніе, п. 126. На 7-й день сознаніе вернулось. Въ теченіе слѣдующихъ дней спячка и другіе мозговые симптомы развивались все болѣе и болѣе и на 23-й день послѣдовала смерть. Лихорадка отличалась здѣсь крайней неправильностью, причемъ утреннія темпер. часто бывали выше вечернихъ. При вскрытіи оказался гнойный менингитъ какъ поверхности полушарій, такъ и основанія мозга.

Вотъ ея температура.

Дни.	Утр.	Веч.	Дни.	Утр.	Веч.
4.	—	38,7	14.	40,1	38,6
5.	95,5	38,4	15.	40	40,2
6.	38,7	38,4	16.	40,4	38,5
7.	39,2	39,4	17.	37,7	39,8
8.	38,1	39	18.	39,4	39
9.	38,9	37,6	19.	38,4	39
10.	37,4	39,4	20.	40,4	38
11.	40,2	40	21.	40	38,8
12.	39,6	39,4	22.	40	—
13.	40,3	39,6			

Въ первомъ случаѣ начало болѣзни обозначилось рвотой, поносомъ и безпокойствомъ, такъ что можно было предположить катарръ желудка и кишокъ, только сильный жаръ (40^0) не гармонировалъ съ этимъ предположеніемъ; въ теченіи первыхъ 6-и дней ходъ температуры сильно напоминалъ интермитентъ, который въ этомъ возрастѣ, какъ извѣстно, не отличается особенной правильностью наступленія пароксизмовъ; однако, въ виду отсутствія опухоли

селезенки, при упорной рвотѣ, и въ виду безполезности хинина—и это предположенiе должно было пасть, а потому не оставалось ничего болѣе, какъ допустить въ данномъ случаѣ мозговое происхожденiе рвоты, на что указывалъ и синякъ на лѣвой темянной кости. Несомнѣнные мозговые симптомы въ видѣ сонливости, сведенiя затылка и др. появились только на 12 й день, за двое сутокъ до лэтальнаго исхода.

Хотя при менингитѣ и можетъ быть поносъ, какъ было это, напр., и въ приведенномъ случаѣ, но это исключенiе, обыкновенно же стулъ остается правильнымъ, такъ что *отсутствiе диспептическаго стула* можно считать вторымъ критерiемъ, говорящимъ противъ диспепсiи.

Въ третьихъ, противъ диспепсiи говоритъ *упорство рвоты* и *характеръ крика*. Рвота при диспепсiи въ громадномъ большинствѣ случаевъ очень скоро проходитъ при регулированiи дiэты, напр., при запрещенiи коровьяго молока и при назначенiи подходящихъ лѣкарствъ, между тѣмъ какъ *для мозговой рвоты характеристично именно то, что она продолжается, не смотря на самое правильное кормленiе ребенка*, хотя бы даже молокомъ матери, и не уступаетъ лѣкарствамъ.

Относительно крика разница состоитъ въ томъ, что при диспепсiи крикъ силенъ, болѣе или менѣе продолжителенъ, но во всякомъ случаѣ онъ является приступами, т.-е. вдругъ начинается и также внезапно прекращается, тогда какъ при менингитѣ начало и конецъ крика обозначается неясно, ребенокъ кричитъ, можетъ быть и не такъ сильно, но за то продолжительно; онъ почти не знаетъ покоя.

Въ четвертыхъ, дiагностическое значенiе имѣетъ и *возрастъ:* крикъ отъ коликъ встрѣчается тѣмъ чаще, чѣмъ моложе ребенокъ; всего чаще до 6 недѣль, рѣдко послѣ 3-хъ мѣсяцевъ.

Въ дальнѣйшемъ теченiи, какъ при диспепсiи, такъ и при менингитѣ, рвота прекращается, ребенокъ дѣлается покойнѣе, но дiагностика уже легче, потому что при диспепсiи больной видимо выздоравливаетъ, онъ веселъ, а если и продолжаетъ по временамъ кричать, то неиначе какъ при дис-

пептическомъ стулѣ, тогда какъ при менингитѣ—съ прекращенiемъ рвоты онъ дѣлается сонливъ, а потомъ появляются и другiе мозговые припадки, изъ которыхъ *напряженная фонтанель*, *неподвижный взглядъ* и *сосательныя движенiя губами во время сна*, являются большею частью раньше эклампсическихъ судорогъ, полной спячки и сведеннаго затылка.

И такъ, въ пользу мозговой рвоты и противъ диспепсiи говорятъ слѣдующiя обстоятельства: повышенная температура, нормальный стулъ, постоянство крика, отсутствiе причины для диспепсiи, возрастъ послѣ 3-хъ мѣсяцевъ и напряженная (тугая) фонтанель.

У дѣтей старшаго возраста острый, гнойный менингитъ протекаетъ также бурно, какъ и у взрослыхъ и выясняется очень скоро; несравненно больше дiагностическихъ затрудненiй представляетъ здѣсь *острая головная водянка*, которая можетъ имѣть простое (т. е. неизвѣстное) или туберкулезное происхожденiе. Всего чаще смѣшивается она съ катарромъ желудка, о чемъ рѣчь была выше, или съ тифомъ (см. въ главѣ о тифѣ).

Изъ скрытно протекающихъ пневмонiй, особенной извѣстностью пользуются *воспаленiя легочныхъ верхушекъ*, которыя не выясняются иногда въ теченiи цѣлой недѣли, и даже дольше. Я буду говорить о нихъ подробнѣе въ главѣ о гриппѣ, здѣсь же ограничусь замѣчанiемъ, что нерѣдко удается узнать пневмонiю еще до появленiя ея физикальныхъ признаковъ, такъ какъ ей свойственны другiе очень характеристичные симптомы, позволяющiе ставить вѣроятную дiагностику даже per distant.; симптомы эти состоятъ въ слѣдующемъ: во 1-хъ, *одышка*, характеризующаяся частымъ дыханiемъ съ раздуванiемъ ноздрей, съ ударенiемъ на выдыханiи, которое нерѣдко сопровождается оханьемъ; во 2-хъ, короткiй и *болѣзненный кашель*; въ 3-хъ, *очень сильная*, постояннаго типа *лихорадка*. Не много найдется такихъ болѣзней, которыя сопровождались бы такими постоянно высокими температурами, какъ крупозная пневмонiя и въ особенности при пораженiи верхушекъ; въ этомъ отношенiи съ ней можетъ равняться только возвратная горячка,

съ которой она имѣетъ еще и то сходство, что, не смотря на постоянный жаръ выше 40° и даже 41° утромъ и вечеромъ, общее чувствилище поражается мало и языкъ остается влажнымъ (я не имѣю здѣсь въ виду такъ называемыхъ церебральныхъ пневмоній, которыя протекаютъ при очень бурныхъ мозговыхъ явленіяхъ и о которыхъ я скажу нѣсколько словъ ниже). Въ 4-хъ, *боль въ боку;* этотъ симптомъ наблюдается лишь у дѣтей болѣе взрослыхъ, дѣти же лѣтъ 4—6 чаще указываютъ на боль живота.

Приведенныхъ признаковъ вполнѣ достаточно, чтобы съ большой вѣроятностью предположить пневмонію, если даже физикальное изслѣдованіе груди и не подтверждаетъ этого.

Я перехожу теперь ко второму источнику ошибокъ, состоящему въ томъ, что *симптомы, зависящіе* просто *отъ повышенія температуры, могутъ быть приняты за* выраженіе *мѣстнаго страданія* какого-либо органа (переоцѣнка симптомовъ).

Спрашивается, чѣмъ же надо руководствоваться вначалѣ лихорадочной болѣзни, чтобы рѣшить, составляютъ ли существующіе симптомы причину лихорадки или ея слѣдствіе? Рѣшеніе этого вопроса въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляетъ непреодолимыя трудности. По Politzer'у (l. c.), „мы имѣемъ право считать лихорадку за слѣдствіе мѣстнаго заболѣванія въ томъ случаѣ, если, во 1-хъ, сила мѣстной болѣзни идетъ параллельно степени лихорадки; во 2-хъ, если при продолжающейся лихорадкѣ мѣстная болѣзнь не прекращается или даже усиливается; въ 3-хъ, мѣстная болѣзнь должна быть такого рода, чтобъ ее можно было считать достаточной причиной лихорадки; въ 4-хъ, наконецъ, если можно исключить всякую другую мѣстную болѣзнь. Если же наоборотъ лихорадка продолжается, тогда какъ мѣстное страданіе исчезаетъ, или если сила послѣдняго совсѣмъ не соотвѣтствуетъ силѣ лихорадки, то по всей вѣроятности, лихорадка не зависитъ отъ мѣстной болѣзни“.

Изъ всѣхъ симптомовъ, дающихъ поводъ предполагать какую-либо мѣстную болѣзнь, какъ причину лихорадки,

самое важное значеніе, по частотѣ ихъ появленія и по ихъ вліянію на предсказаніе и лѣченіе, принадлежитъ различнымъ мозговымъ симптомамъ, каковы—головная боль, рвота, судороги и др. Въ виду клинической важности и опасности такого симптома какъ судороги, я нахожу полезнымъ остановиться на этомъ симптомѣ нѣсколько дольше.

Судороги (эклампсія) встрѣчаются у дѣтей очень часто, особенно въ возрастѣ отъ конца 1-го до половины 3-го года. Причины ихъ крайне разнообразны, такъ что въ этомъ отношеніи принято различать 4 вида эклампсіи: 1) мозговая или симптоматическая; 2) рефлекторная, зависящая отъ периферическаго раздраженія; 3) гематогенная, появляющаяся при различныхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ и при отравленіяхъ, и наконецъ 4) идіопатическая или эссенціальная эклампсія, причины которой неизвѣстны.

По мѣрѣ совершенствованія нашихъ свѣдѣній число случаевъ этой послѣдней категоріи будетъ, конечно, постоянно уменьшаться. Въ настоящее время сюда относятся судороги вслѣдствіе испуга и другихъ психическихъ вліяній, а также „безпричинныя“ конвульсіи у нервныхъ анэмичныхъ дѣтей и у рахитиковъ. При дифференціальной діагностикѣ судорогъ вообще слѣдуетъ имѣть въ виду еще истерію и притворство.

Въ виду спеціальной цѣли этихъ лекцій, трактующихъ о діагностикѣ *лихорадочныхъ* болѣзней, для насъ будетъ всего удобнѣе различать судороги безлихорадочныя и судороги съ лихорадкой — лихорадочная эклампсія. Ради полноты я скажу, впрочемъ, нѣсколько словъ и о первой группѣ.

Если *безлихорадочныя судороги* поражаютъ *ребенка 4—12 лѣтъ*, то причиной ихъ, если имъ не предшествовалъ ушибъ головы, всего чаще бываетъ индигестія (а также глисты?) или эпилепсія, или бугорки мозга и хроническій hydrocephalus, или урэмія, или, наконецъ, отравленіе (между прочимъ сантониномъ); какъ на рѣдкую причину можно указать еще на инородное тѣло въ ухѣ. У *маленькихъ и грудныхъ* дѣтей (отъ 6 мѣс. до 3-хъ лѣтъ) судороги всего чаще являются у рахитиковъ, въ особенности при laryngo-spsы

mus, а также при индигестіи; рѣже онѣ бываютъ при затрудненномъ мочеиспусканіи (фимозъ, мочевой песокъ), при инородныхъ тѣлахъ въ кожѣ, и вообще при всякомъ травматическомъ раздраженіи (ожоги) даже и не болѣзненномъ (перетяжка пальца волосомъ, herpes praeputialis и т. п.).

Наконецъ, безлихорадочная эклампсія можетъ быть результатомъ пассивной гиперэміи мозга, напр., при коклюшѣ, или отека его и анэміи при дѣтской холерѣ (гидроцефалоидъ).

Лихорадочная эклампсія бываетъ двухъ родовъ: симптоматическая и гематогенная. Первая зависитъ отъ острыхъ болѣзней мозга и его оболочекъ, а вторая отъ лихорадки или отъ отравленія крови (инфектіозныя болѣзни).

Діагностическое и прогностическое значеніе судорогъ, смотря по возрасту, бываетъ различно.

Лихорадочная эклампсія, также какъ и безлихорадочная, гораздо чаще встрѣчается у маленькихъ дѣтей въ возрастѣ до 2½—3 лѣтъ, но за то она не имѣетъ у нихъ такого дурнаго прогностическаго значенія, какъ у дѣтей старшихъ. Объясняется это тѣмъ, что *судороги у маленькихъ дѣтей могутъ появиться вначалѣ каждой лихорадочной болѣзни* легкой или тяжелой, все равно, лишь бы только она начиналась быстрымъ и значительнымъ поднятіемъ температуры; тогда какъ у старшихъ дѣтей судороги появляются только при тяжелыхъ заболѣваніяхъ. *Конвульсіи вначалѣ лихорадочной болѣзни у маленькаго ребенка аналогичны знобу у взрослыхъ* и потому встрѣчаются не только при разныхъ инфектіозныхъ болѣзняхъ, въ особенности при оспѣ и скарлатинѣ, но также при воспаленіяхъ внутреннихъ органовъ и даже при такихъ сравнительно легкихъ процессахъ какъ angina catarrhalis, stomatitis aphthosa и т. п. Изъ сказаннаго видно, что *судороги у маленькихъ дѣтей вначалѣ лихорадочной болѣзни почти не имѣютъ значенія ни для діагностики, ни для прогностики* дальнѣйшаго хода процесса, хотя сами по себѣ онѣ и могутъ быть опасны. Діагностическое значеніе ихъ сводится лишь къ тому, что при однихъ заболѣ-

ваніяхъ онѣ встрѣчаются чаще (pneumonia, оспа, дизентерія) при другихъ рѣже, или даже и совсѣмъ не встрѣчаются (брюшной тифъ).

У дѣтей *старшаго* возраста знобъ вначалѣ лихорадочной болѣзни встрѣчается самъ по себѣ, а судороги сами по себѣ; онѣ стало-быть не имѣютъ значенія зноба, а являются какъ будто результатомъ отравленія крови и названіе „гематогенныя" судороги къ нимъ подходитъ больше чѣмъ къ первымъ. Сообразно этому у дѣтей 6-и лѣтъ и старше онѣ встрѣчаются значительно рѣже, чѣмъ до 3-хъ лѣтъ, но за то онѣ имѣютъ большее значеніе для діагностики, такъ какъ свойственны лишь небольшему числу болѣзней и указываютъ при томъ на тяжелое заболѣваніе. Помимо остраго менингита всего чаще онѣ бываютъ при оспѣ, потомъ при пневмоніи верхушекъ, далѣе при *тяжелой* скарлатинѣ и въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ при интермитентѣ.

Первый вопросъ, съ которымъ приходится имѣть дѣло при разборѣ причинъ лихорадочныхъ судорогъ, состоитъ въ томъ, *зависятъ ли онѣ отъ заболѣванія мозга и его оболочекъ или отъ другой причины?*

Для рѣшенія этого вопроса надо позаботиться, во первыхъ, о томъ, чтобы открыть причину лихорадки, и если она окажется въ какомъ нибудь общемъ или мѣстномъ заболѣваніи (помимо мозга), то тогда можно исключить острую мозговую болѣзнь и приписать судороги лихорадкѣ. Понятно, что при этомъ вы обратите особенное вниманіе на болѣзни, которыя всего чаще ведутъ къ судорогамъ, то есть *инфектіозныя экзантемы*, *пневмонію*, интермитентъ, дизентерію и ангину.

При эклампсіи, зависящей отъ воспаленія внутреннихъ органовъ, не мало затрудненій для предсказанія и діагностики представляютъ судороги вначалѣ *пневмоніи верхушекъ*, такъ какъ, во 1-хъ, болѣзнь эта долго не выясняется, а во 2-хъ, судороги при ней, подобно мозговымъ, повторяются нерѣдко разъ за разомъ и ребенокъ вслѣдстіе этого долго не выходитъ изъ сопора. Отличіе отъ моз-

говой эклампсіи состоитъ во 1-хъ, въ очень учащенномъ дыханіи съ *раздуваніемъ ноздрей и съ удареніемъ на выдыханіи* и въ очень высокой лихорадкѣ, которая обыкновенно подымается до 40,5° и выше; такая температура не свойственна началу менингита.

Изъ острыхъ экзантемъ всего легче узнать въ самомъ началѣ заболѣванія *скарлатину*, такъ какъ сыпь при ней высыпаетъ очень рано, иногда уже въ теченіе первыхъ сутокъ, такъ что нерѣдко ее удается констатировать уже во время судорогъ; а если сыпи еще и нѣтъ, то все таки есть уже скарлатинозная ангина.

Гораздо труднѣе узнать *оспу*, такъ какъ слизистая оболочка зѣва при ней въ первые дни не поражается, сыпь высыпаетъ только на 3-й и вообще симптомы продромальнаго періода мало характеристичны, если только дѣло идетъ не о геморрагической оспѣ, при которой характерныя петехіи на животѣ, а потомъ и на другихъ мѣстахъ, появляются очень рано, напр., на 1-й или на 2-й день. Эклампсія при оспѣ отличается при томъ значительной силой, не уступая въ этомъ отношеніи эклампсіи при пневмоніи и по повторности приступовъ симулируетъ менингитъ. Вотъ причины, почему на практикѣ всего чаще смѣшивается съ менингитомъ эклампсія при оспѣ. Важнымъ подспорьемъ для діагностики служитъ характеръ эпидеміи въ данной мѣстности, особенно если больной находится въ оспенномъ домѣ и если у него *нѣтъ знаковъ привитой оспы*. Кромѣ этого этіологическаго условія можно указать еще на 2 клиническія: именно на опухоль селезенки, которая появляется при оспѣ раньше, чѣмъ при другихъ инфектіозныхъ болѣзняхъ, и на боль въ поясницѣ, если дѣло касается дѣтей старшаго возраста. Наконецъ діагностика подкрѣпляется еще и въ томъ случаѣ, если можно исключить болѣзни, наичаще ведущія къ судорогамъ, именно: пневмонію и скарлатину, и если для развитія воспаленія мозговыхъ оболочекъ нельзя открыть никакой причины (инсоляція, сильный ушибъ, сильная простуда головы, болѣзнь уха).

Эклампсія при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ у ма-

леньких дѣтей может представить затрудненіе врачу лишь на нѣсколько часов, так как, во 1-х, многія из мѣстных воспалительных болѣзней скоро выясняются, а, во 2-х, судороги при них, являясь вмѣсто зноба, обыкновенно не повторяются, на что указывают между прочим Rilliet и Barthez, как на отличительный признак лихорадочной эклампсіи вообще от симптоматических судорог при менингитѣ. При интермитентѣ судороги, хотя и повторяются, но так же типично как и пароксизм жара, чѣм и выдают свою настоящую натуру.

Всего труднѣе правильно оцѣнить конвульсіи, появляющіяся в сообществѣ с другими мозговыми симптомами при *воспаленіи лабиринта*. Так как я не в состояніи указать ни на какіе отличительные признаки этой болѣзни от менингита, то ограничусь тѣм, что приведу картину болѣзни воспаленія внутренняго уха, как оно описано у Tröltsch'a:

Нерѣдко случается, что совершенно здоровый и хорошо слышавшій ребенок вдруг заболѣвает повторной, иногда многодневной рвотой, лихорадкой и болѣе или менѣе сильной головною болью. Это лихорадочное состояніе, при котором сознаніе или только потемняется или на нѣкоторое время совсѣм пропадает, протекает при ясно выраженных мозговых явленіях, носящих характер угнетенія или возбужденія и бреда.

Когда ребенок через 3—8—10 дней приходит в себя, то он оказывается совершенно глухим на оба уха. Послѣ того мозговые симптомы довольно скоро исчезают, но на нѣсколько мѣсяцев остается шаткая походка, с наклонностью падать при хотьбѣ вперед. Глухота, в громадном большинствѣ случаев, остается стаціонарной—навсегда, и в результатѣ ведет к глухонѣмотѣ; но изрѣдка случается и так, что до нѣкоторой степени она уменьшается.

Так как весь комплекс симптомов, не исключая глухоты, может быть легко объяснен ограниченным менингитом в области дна 4-го желудочка и так как

вскрытія въ подобныхъ случаяхъ ни разу еще не были опубликованы, то справедливость возрѣнія Voltolini, что въ подобныхъ случаяхъ дѣйствительно бываетъ воспаленіе лабиринта, пока еще подлежитъ сомнѣнію.

Во 2-хъ, при діагностикѣ мозговыхъ судорогъ отъ гемотогенныхъ слѣдуетъ обратить вниманіе на *время появленія судорогъ*: судорги при воспаленіи мозговыхъ оболочекъ очень рѣдко являются въ самаго начала заболѣванія, вслѣдъ за рвотой, обыкновенно же на 2—3-й день. Между тѣмъ какъ судороги, зависящія отъ лихорадки, отличаются именно тою особенностью, что появляются рано, почему онѣ и считаются аналогичными знобамъ у взрослыхъ.

Въ виду сказаннаго можно принять за правило, что, *раннее появленіе судорогъ въ теченіе первыхъ 4—12 часовъ лихорадки говоритъ скорѣе противъ острой мозговой болѣзни, чѣмъ за нее.*

Только въ очень острыхъ случаяхъ менингита, кончающихся смертью въ 24—48 часовъ, судороги являются съ первыхъ часовъ заболѣванія. Но тогда и всѣ другіе мозговые симптомы вообще бываютъ выражены такъ рѣзко, что эти-то случаи и не представляютъ особыхъ затрудненій для діагностики. Отъ мозговыхъ симптомовъ, являющихся вслѣдствіе лихорадочныхъ болѣзней, эти случаи отличаются между прочимъ тѣмъ, что здѣсь мозговыя явленія продолжаются безъ послабленія, или если нѣкоторые изъ симптомовъ и исчезаютъ, то на мѣсто нхъ появляются новые, не менѣе опасные симптомы, которые и остаются или даже прогрессируютъ до самой смерти. Съ этими случаями менингита могутъ быть смѣшаны лишь самыя тяжелыя заболѣванія оспой и скарлатиной, кончающіяся смертью въ 24—36 часовъ, стало быть еще до высыпанія на кожѣ; при оспѣ обыкновенно появляются при томъ продромальныя петехіи которыя способствуютъ выясненію дѣла. Въ другихъ случаяхъ правильная оцѣнка болѣзни можетъ быть сдѣлана только на основаніи этіологіи.

Иногда, хотя и рѣдко, содороги являются первымъ симптомомъ туберкулезнаго менингита, но въ такомъ случаѣ лихорадка бываетъ такъ незначительна (около 38—38,5),

что судороги не могутъ быть объяснены повышенiемъ температуры и потому для объясненiя ихъ приходится искать другую причину. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ при туберкулезномъ менингитѣ судороги являются лишь въ самомъ концѣ, незадолго до смертнаго исхода, или даже совсѣмъ отсутствуютъ.

Въ третьихъ, для дiагностики имѣютъ огромное значенiе *сопутствующiе симптомы*, а также развитiе и группировка мозговыхъ припадковъ: мозговое страданiе мы имѣемъ право принять лишь въ томъ случаѣ, если комплексъ мозговыхъ явленiй въ данномъ случаѣ такого рода, что онъ не можетъ быть объясненъ ни чѣмъ инымъ, какъ только страданiемъ мозга; мозговыя явленiя, зависящiя отъ мѣстныхъ или общихъ болѣзней, отличаются отъ настоящихъ мозговыхъ симптомовъ *недостаточнымъ постоянствомъ и тѣмъ, что они обыкновенно не усиливаются, а напротивъ того, по мѣрѣ выясненiя первичной болѣзни, все болѣе и болѣе ослабѣваютъ.*

Что касается спецiально до судорогъ, то онѣ при мозговыхъ болѣзняхъ не появляются сразу, а имъ предшествуютъ различные другiе мозговые симптомы, въ родѣ потемнѣнiя сознанiя, бреда, сильнаго безпокойства и въ особенности *очень сильной головной боли, появляющейся во всей своей интензивности съ самаго начала заболѣванiя, и не дѣлающей послабленiя вплоть до перiода потери сознанiя;* настоящiя мозговыя судороги повторяются обыкновенно разъ за разомъ и оставляютъ послѣ себя глубокое сопорозное состоянiе, изъ котораго больной большею частью не выходитъ до самой смерти. Soltmann (Gerh. Handbuch. B. V. I H. стр. 15) считаетъ характеристичнымъ для мозговыхъ симптомовъ колебанiе въ ширинѣ зрачковъ во время припадка и еще то обстоятельство, что сознанiе послѣ нихъ не возвращается, тогда какъ при симптоматическихъ судорогахъ бываетъ наоборотъ. (По моему мнѣнiю, этотъ признакъ не имѣетъ абсолютно вѣрнаго значенiя, такъ какъ намъ случалось видѣть возвращенiе полнаго сознанiя, не только послѣ начальныхъ судорогъ туберкулезнаго менингита, но также при кровоизлiянiяхъ въ мозгъ и даже при остромъ

травматическомъ менингитѣ, какъ это было, напр., въ вышеприведенномъ случаѣ). По Rilliet и Sanné мозговыя судороги отличаются отъ простой экламисіи слѣдующимъ. 1) послѣ мозговыхъ судорогъ рѣзче выражаются послѣдовательныя измѣненія въ сферѣ сознанія и движенія (чаще являются, напр., параличи или сведенія), 2) продолжительность самаго приступа больше и 3) мозговыя судороги очень наклонны къ повторенію: если у ребенка старшэ двухъ лѣтъ судороги повторяются разъ за разомъ, то онѣ почти навѣрное мозговаго происхожденія.

При оцѣнкѣ мозговыхъ симптомовъ многіе руководствуются между прочимъ состояніемъ *большого родничка*. Въ этомъ отношеніи я совершенно согласенъ съ Politzer'омъ (Jahrb. IV A F. стр. 162), что значеніе этого признака скорѣе отрицательное, чѣмъ положительное. Съ бо̀льшимъ правомъ можно исключить экссудатъ въ полости черепа, если передняя фонтанель глубоко ввалилась, нежели допустить существованіе его въ случаѣ поднятія и усиленной ея пульсаціи, такъ какъ *напряженный и ясно пульсирующій родничекъ встрѣчается при всякомъ сильномъ лихорадочномъ состояніи*, зависитъ ли оно отъ пневмоніи или острой экзантемы, интермитента и проч.

Выпячиваніе и пульсація большого *родничка* могутъ считаться несомнѣнными симптомами *гиперэміи мозга* лишь въ томъ случаѣ, если и то и другое оказывается постояннымъ, *не смотря на ослабленія лихорадки*, и *если при томъ существуетъ спячка или другіе симптомы гипереміи мозга*, не соотвѣтствующіе по своей силѣ степени общаго заболѣванія или первичнаго мѣстнаго процесса. Выпяченная и сильно пульсирующая фонтанель можетъ имѣть значеніе даже и *для діагностики экссудата* въ полости черепа, но лишь въ томъ случаѣ, если она *высоко* поднимается надъ краями окружающихъ ее костей и при давленіи на нее пальцемъ представляетъ при томъ *значительную резистенцію*, тогда какъ при лихорадочныхъ болѣзняхъ и даже при гиперэміи мозга она, хотя и можетъ сильно пульсировать и значительно выпячиваться, но всегда оказывается при этомъ легко вда-

вимой. Однако обратнаго заключенія сдѣлать нельзя, потому что *отсутствіе усиленной резистенціи фонтанели не исключаетъ существованія экссудата*. О діагностическомъ значеніи *рвоты* для мозговыхъ болѣзней я говорилъ уже выше, здѣсь прибавлю только, что кромѣ желудочной и мозговой рвоты въ дѣтскомъ возрастѣ нерѣдко встрѣчается еще и такъ называемая *симпатическая рвота*, столь обыкновенный симптомъ въ началѣ острыхъ лихорадочныхъ болѣзней, а также при нефритѣ и урэміи, непроходимости кишокъ, глистахъ кишечнаго канала, воспаленіи брюшины и пр.

Насъ интересуетъ здѣсь только рвота при лихорадочныхъ болѣзняхъ мѣстныхъ или общихъ. Не всѣ лихорадочныя болѣзни одинаково часто начинаются рвотой; послѣдняя, какъ и судороги, чаще всего появляется во время быстраго повышенія температуры на 1-й день заболѣванія, потому при рекуррентѣ, напр., рвота встрѣчается значительно чаще, чѣмъ при тифѣ, но кромѣ того есть болѣзни, при которыхъ рвота является почти всегда, и при томъ независимо отъ силы лихорадки, какъ, напр., при перитонитѣ, скарлатинѣ и тяжелой оспѣ (о мозговыхъ болѣзняхъ, конечно, нечего и говорить). При скарлатинѣ рветъ пищей или слизисто-желчной жидкостью обыкновенно только одинъ разъ, при оспѣ же рвота повторяется нѣсколько разъ. Изъ другихъ лихорадочныхъ болѣзней, часто сопровождающихся рвотой, слѣдуетъ упомянуть еще о крупозной пневмоніи и гриппѣ.

Третій источникъ ошибокъ при діагностикѣ лихорадочныхъ болѣзней, состоитъ въ томъ, что у дѣтей нерѣдко встрѣчается *неопредѣленное лихорадочное состояніе*, которое вначалѣ симулируетъ какое-нибудь серьезное заболѣваніе, но скоро кончается полнымъ выздоровленіемъ.

Къ этой категоріи заболѣваній относится, во 1-хъ, febris ephemera и, во 2-хъ, простудная лихорадка.

Однодневная лихорадка (febris ephemera), какъ показываетъ названіе, характеризуется короткостью теченія, такъ какъ продолжается всего 20—36 часовъ. Она начинается, повидимому, безъ всякой причины чрезвычайно быстрымъ повышеніемъ температуры (а потому у маленькихъ дѣтей

могутъ быть судороги, а у старшихъ знобъ), которая держится на достигнутой высотѣ (40—41°) въ теченіи 8—12 часовъ и потомъ начинается ремиссія, кончающаяся черезъ нѣсколько часовъ паденіемъ температуры до нормы.

Узнать эфемерную лихорадку на 1-й день нельзя, такъ какъ такое же быстрое поднятіе температуры можетъ быть при многихъ другихъ болѣзняхъ, отъ которыхъ ephemera отличается только короткостью теченія; по истеченіи сутокъ, когда лихорадка уже кончилась, вопросъ можетъ быть только объ интермитентѣ, но для послѣдняго лихорадочный періодъ въ 24—36 часовъ слишкомъ длиненъ, такъ какъ 1-й приступъ болотной лихорадки кончился бы на нѣсколько часовъ раньше. Подозрѣвать эфемерную лихорадку можно на основаніи слѣдующихъ признаковъ: 1) если ребенокъ уже прежде и, можетъ быть, не одинъ разъ страдалъ подобными приступами жара; 2) если заболѣваніе началось внезапно среди полнаго здоровья (безъ всякихъ предвѣстниковъ) и безъ видимой причины (не было повода заразиться чѣмъ-либо); 3) если нѣтъ никакихъ мѣстныхъ процессовъ, которыми можно бы было объяснить лихорадку, и нѣтъ никакихъ симптомовъ, которые могли бы возбудить подозрѣніе на счетъ какой-либо невыяснившейся болѣзни (легкихъ, мозга); 4) наконецъ, если очень высокая температура (больше 40°) не гармонируетъ съ хорошимъ общимъ видомъ больнаго (при оспѣ и скарлатинѣ, которыя нерѣдко начинаются такимъ жаромъ — общее состояніе большею частью бываетъ угнетеннымъ).

Что касается до *простудной лихорадки*, то въ этомъ отношеніи я хотя и совершенно согласенъ съ Seitz'омъ (Ziemssen's Handbuch. т. XIII), что иногда простудное состояніе не выражается ничѣмъ инымъ, какъ только лихорадочнымъ состояніемъ, но съ другой стороны справедливо и то, что въ *большинствѣ* случаевъ кромѣ лихорадки бываютъ еще кой-какіе и другіе симптомы, въ родѣ насморка, красноты слизистой оболочки зѣва, мышечныхъ болей (torticolis) и т. п.

При существованіи послѣднихъ признаковъ, діагностика

не трудна, такъ какъ симптомы эти, хотя бы и въ очень легкой степени, играютъ роль своего рода ярлыка, съ надписью—„простуда“; сюда относятся преимущественно случаи сильной простуды, сопровождающейся быстрымъ и значительнымъ повышеніемъ температуры; если же нѣтъ никакихъ мѣстныхъ симптомовъ, то діагностика въ первые дни невозможна, такъ какъ рѣшительно тѣмъ же самымъ образомъ начинается и тифъ, именно съ постепенно, въ теченіе первыхъ дней, усиливающейся лихорадки при обычныхъ для нея легкой головной боли, потери аппетита, обложеннаго языка, наклонности къ запору, слабости и нерасположеніи къ играмъ. Повышеніе температуры въ нѣкоторыхъ случаяхъ идетъ съ замѣчательной правильностью, такъ что, напр., вечерняя температура оказывается выше температуры слѣдующаго утра приблизительно на $^1/_2{}^0$. Отсутствіе опухоли селезенки въ подобныхъ случаяхъ не можетъ имѣть рѣшающаго значенія противъ тифа, такъ какъ и при послѣднемъ она рѣдко замѣтно припухаетъ уже съ первыхъ дней, обыкновенно же къ концу недѣли. Больше значенія для діагностики имѣетъ *потливость* въ теченіе первыхъ дней заболѣванія, чего не бываетъ при тифѣ, и *высыпаніе herpes'a* на губахъ или на носу; этотъ признакъ является на 2—3-й день и, по моему мнѣнію, исключаетъ тифъ. Если нѣтъ ни потовъ, ни herpes'a, то окончательное заключеніе въ данномъ случаѣ приходится отложить до 4—5 дня, когда при простудной лихорадкѣ температура начинаетъ уже падать, и дѣло такимъ образомъ выясняется. Анамнезъ, показывающій, что ребенокъ имѣлъ поводъ простудиться, конечно, долженъ быть принятъ во вниманіе, хотя онъ и не рѣшаетъ дѣла, такъ какъ отъ простуды можно заболѣть и тифомъ и почти всякой другой болѣзнью, въ особенности при существованіи эпидемій.

Наконецъ *4-мъ источникомъ ошибокъ* является *неправильное или запоздалое высыпаніе* сыпи при острыхъ экзантемахъ, что особенно часто замѣчается при кори, рѣдко при скарлатинѣ и оспѣ. Коревая сыпь запаздываетъ иногда на цѣлую недѣлю, и тогда корь принимаютъ либо за гриппъ, либо за

простой бронхитъ, а потому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ лихорадка не зависитъ отъ мѣстнаго процесса и гдѣ слѣдовательно вы имѣете право подозрѣвать общую болѣзнь, то-есть инфектіозную лихорадку, вы должны думать между прочимъ и объ запоздаломъ высыпаніи экзантемы. Какъ трудно иногда въ такихъ случаяхъ открыть истинную причину лихорадки, показываютъ, напр., обращики кори, приводимые Politzer'омъ (l. c., стр. 307). Мальчикъ 6-и лѣтъ въ теченіе 8 дней представлялъ картину, всего болѣе напоминавшую тифъ, такъ какъ при сравнительно невысокой лихорадкѣ больной былъ въ значительно угнетенномъ состояніи; съ появленіемъ обильной коревой высыпи, симптомы адинаміи исчезли и корь приняла свое обыкновенное теченіе. Въ другомъ случаѣ дѣло было еще болѣе запутано. Мальчикъ 4-хъ лѣтъ въ теченіе 4-хъ дней лежалъ въ сильномъ жару при явленіяхъ большой прострации и при полномъ отсутствіи какихъ-либо мѣстныхъ явленій; на 5-й день развилась полная картина холеры съ значительнымъ коллапсомъ, наконецъ на 6-й день показалась коревая сыпь, при чемъ холерные симптомы ослабѣли и корь пошла обыкновеннымъ порядкомъ. Къ счастью, такіе случаи рѣдки.

Запоздалое высыпаніе наблюдается иногда и при рожѣ.

Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что діагностика лихорадочной болѣзни на 1-й день заболѣванія возможна далеко не всегда, именно только въ случаяхъ лихорадки, зависящей отъ мѣстнаго страданія. Въ другихъ случаяхъ приходится ждать дня 3—4 и если тогда окончательно выяснится, что въ данномъ случаѣ нѣтъ ни мѣстной болѣзни, ни простудной лихорадки и нѣтъ поводовъ подозрѣвать запоздалое высыпаніе сыпи, то не остается ничего болѣе какъ предположить существованіе общей инфектіозной болѣзни, каковы различныя формы тифовъ, туберкулезъ и піэмія.

О дифференціальномъ діагнозѣ тифовъ и общаго туберкулеза я буду говорить въ главѣ о тифѣ, здѣсь же упомяну только по поводу піэміи, что различные піэмическіе процессы почти никогда не появляются первично (скрытая піэмія), а обыкновенно вслѣдствіе зараженія черезъ какую-

нибудь рану. При томъ же и теченіе ея довольно своеобразно; характеристичны для нея повторные и сильные знобы, съ послѣдовательнымъ быстрымъ повышеніемъ температуры до 40° и больше, и поты.

Затѣмъ вскорѣ появляются піэмическіе фокусы въ подкожной клѣтчаткѣ или во внутреннихъ органахъ и костяхъ.

Въ послѣднее время д-ръ Шершевскій поднялъ вопросъ о существованіи чисто нервныхъ лихорадокъ и приводитъ нѣсколько подобныхъ случаевъ (Врачъ, 1883 г., № 32 и слѣдующіе). Всѣ они относятся къ нервнымъ, раздражительнымъ дѣтямъ; у нѣкоторыхъ изъ нихъ повышеніе температуры появлялось каждый разъ послѣ какого-либо нервнаго возбужденія и съ неправильными колебаніями держалось отъ 2—3 дней до нѣсколькихъ недѣль; хининъ и другія antipiretica не оказывали вліянія, но быстрое прекращеніе лихорадки достигалось бромистымъ каліемъ, атропиномъ, вдыханіемъ кислорода и др. средствами, вліяющими на центральную нервную систему. Кромѣ повышенія температуры, больные автора представляли еще различныя вазомоторныя (слюнотеченіе, поты, поносы) и другія нервныя явленія.— Эти наблюденія Ш. слѣдуетъ, конечно, имѣть въ виду при діагностикѣ лихорадочной болѣзни у нервныхъ дѣтей, но во всякомъ случаѣ, подобная „нервная лихорадка“ принадлежитъ, вѣроятно, къ большимъ рѣдкостямъ.

ГРИППЪ—INFLUENZA.

Случаи гриппа у дѣтей въ извѣстныя времена года встрѣчаются очень часто и казалось-бы, что уже по одной этой причинѣ гриппъ заслуживаетъ полнаго вниманія врачей; но если мы прибавимъ еще, что болѣзнь эта отличается иногда весьма запутаннымъ теченіемъ, вслѣдствіе чего нерѣдко смѣшивается то съ бронхитомъ, то съ тифомъ, то съ крупозной пневмоніей и даже съ туберкулезомъ, то сдѣлается почти совершенно непонятнымъ, почему-же гриппъ не описывается въ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ. Возьмите любое изъ нихъ и ни въ одномъ вы не найдете главы посвященной гриппу; если кто-либо изъ авторовъ и упоминаетъ о немъ, то не иначе какъ въ отдѣлѣ объ этіологіи бронхита и притомъ въ двухъ словахъ, въ родѣ того напр., что „бронхитъ развивается иногда подъ эпидемическимъ вліяніемъ и тогда онъ называется гриппомъ (D'Espine и Picot—Kinderkrankh. 1878 г., стр. 409) или что „бронхіальный катарръ передается иногда контагіемъ отъ больнаго здоровому, именно при гриппѣ, который въ сущности есть тоже бронхіальный катарръ". (Vogel. Kinderkr. 7 изд. 1876 г., стр. 242). По Steiner'у, „бронхіальный катарръ, развиваясь подъ вліяніемъ простуды, можетъ принять эпидемическое распространеніе—гриппъ". (Kinderkr. 3 Aufl., стр. 147). Другіе авторы, напр. Gerhardt и Hüttenbrener о гриппѣ совсѣмъ не упоминаютъ и только у одного West'a (Kinderkr. 5 Auff. 1872 г., стр. 190) удалось мнѣ встрѣтить описаніе дѣтскаго гриппа, хотя и очень краткое, всего

на одной страницѣ. Сжатое и довольно безцвѣтное описаніе гриппа въ руководствѣ Ziemsen'а принадлежитъ Zuelzer'у, такое же въ Real-Encyclopedie — Riess'у. Въ послѣднемъ томѣ большаго руководства Gerhardt'а описаніе гриппа — Kormann'а. Статья эта содержитъ въ себѣ обширное историческое описаніе эпидемій гриппа, но съ клинической стороны не представляетъ преимуществъ предъ изложеніемъ Zuelzer'а и Riess'а.

Невниманіе къ занимающей насъ болѣзни объясняется до нѣкоторой степени тѣмъ, что авторы не признаютъ, какъ видно, никакихъ отличій между гриппомъ и простымъ бронхитомъ, кромѣ лишь эпидемичности перваго; но такой взглядъ на гриппъ рѣшительно не вѣренъ, и я постараюсь доказать, что разница между этими двумя болѣзнями весьма существенна и проявляется она не только въ этіологіи, но и въ клиническомъ теченіи. Хотя литература гриппа и весьма богата, такъ какъ голый перечень ея занимаетъ въ сочиненіи Hirsch'а (Hdbch. d. historischgeographischen Pathologie. Stuttgart. 1881 г.) десять страницъ петита, но къ сожалѣнію, она была мнѣ совершенно недоступна и потому я поневолѣ долженъ былъ руководствоваться главнымъ образомъ и почти исключительно собственными наблюденіями у постели больныхъ, а потому заранѣе прошу снисхожденія, если изложеніе мое окажется не достаточно полнымъ и, быть можетъ, мѣстами не совсѣмъ точнымъ.

Подъ именемъ гриппа (синонимы: русскій катарръ, овечій кашель, модная лихорадка и др.), мы понимаемъ лихорадочный *эпидемическій катарръ*, локализирующійся на *многихъ* слизистыхъ оболочкахъ за разъ или поражающій ихъ другъ за другомъ и характеризующійся нѣкоторыми особенностями теченія.

Этіологія.

Условія развитія эпидемій гриппа намъ неизвѣстны. По Hirsch'у (l. c.) этимъ эпидеміямъ свойственны два существенныхъ качества, отличающія ихъ отъ другихъ эпиде-

мическихъ болѣзней: во 1-хъ, что гриппъ не рѣдко является въ видѣ пандемій, т. е. распространяется на громадныя пространства, занимая напр. цѣлое полушаріе, а во 2-хъ, что появленіе и развитіе эпидемій гриппа не стоитъ въ зависимости ни отъ времени года, ни отъ климата, ни отъ мѣстности, а потому начало эпидемій приходится то на лѣто, то на зиму, и встрѣчаются они почти одинаково часто какъ въ холодномъ, такъ и въ тропическомъ поясѣ, какъ въ приморскихъ мѣстностяхъ, такъ и на континентѣ. Эта-то независимость эпидемій отъ погоды и климата и составляетъ, по мнѣнію Hirsch'а, „существенное и рѣшительное" отличіе гриппа отъ простаго эпидемическаго бронхіальнаго катарра (l. c., стр. 20), являющагося (подъ вліяніемъ простуды?) въ сырое и холодное время года. Взглядъ этотъ вполнѣ раздѣляется и Zuelzer'омъ (Ziemssen's Handb. II B., 2 Theil., стр. 492); но къ сожалѣнію, остается неизвѣстнымъ, чѣмъ-же *еще* отличается гриппъ отъ простаго эпидемическаго бронхита? Ни тотъ, ни другой изъ авторовъ не даютъ намъ клиническихъ признаковъ, при помощи которыхъ мы могли бы сказать, гдѣ кончается гриппъ и гдѣ начинается эпидемическій катарръ, а между тѣмъ описаніе гриппа у Zuelzer'а очень подходитъ къ тѣмъ случаямъ катарра, съ эпидеміями котораго намъ приходится имѣть дѣло ежегодно, именно въ сырую и холодную погоду, т. е. зимой и въ переходное время отъ осени къ зимѣ и отъ зимы къ веснѣ. Что скопленіе большаго числа катарровъ въ это время зависитъ дѣйствительно отъ эпидеміи, а не отъ случайной простуды, видно изъ того, что дѣти не рѣдко заболѣваютъ цѣлыми семьями, не исключая и грудныхъ, не выходящихъ на воздухъ и не имѣвшихъ повода простудиться; а потому, я думаю, мы имѣемъ право сказать, что хотя эпидеміи гриппа и могутъ появляться во всякое время года и при всякой погодѣ, но тѣмъ не менѣе не подлежитъ сомнѣнію, что въ нашей мѣстности *въ холодное время гриппъ встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ лѣтомъ*, такъ, что въ Москвѣ, напр., онъ господствуетъ каждую зиму. Къ этому надо прибавить еще и то обстоятельство, что

фактъ независимости появленія гриппа отъ времени года стоитъ въ наукѣ далеко не прочно, такъ такъ даже по статистикѣ самого Hirsch'a выходитъ, что изъ 125 независимо другъ отъ друга протекавшихъ эпидемій, на зиму приходится—50 (декабрь—февраль), на весну—35 (мартъ—май), на лѣто только — 16 (іюнь—августъ) и на осень—24 (сентябрь—ноябрь).

Вопросъ о *заразительности* гриппа принадлежитъ тоже къ числу не рѣшенныхъ. Hirsch высказывается рѣшительно противъ контагіозности гриппа и именно на слѣдующихъ основаніяхъ: распространеніе гриппа идетъ совершенно независимо отъ способа сношенія мѣстностей, такъ что въ нашъ желѣзнодорожный вѣкъ онъ распространяется не быстрѣе, нежели сто лѣтъ тому назадъ; эпидеміи гриппа нерѣдко вспыхиваютъ внезапно на большомъ пространствѣ и также быстро прекращаются или на оборотъ ограничиваются небольшимъ мѣстомъ и не идутъ дальше, не смотря на постоянное сообщеніе.

Съ другой стороны, въ пользу заразительности гриппа приводятся факты появленія эпидемій гриппа на островахъ послѣ прибытія корабля; Hirsch приводитъ много подобныхъ примѣровъ (стр. 23), изъ которыхъ особенно интересны сообщенія Panum'a о Ферарскихъ островахъ: здѣсь гриппъ развивается обыкновенно послѣ прибытія торговаго корабля, что случается то въ мартѣ, то въ апрѣлѣ, то въ маѣ. Мѣстный чиновникъ Plöyem, путемъ 17-ти лѣтнихъ наблюденій убѣдился въ томъ, что гриппъ каждый разъ появляется черезъ 2—3 дня послѣ прибытія корабля. Первые случаи заболѣванія касались торговыхъ прикащиковъ и прислуги корабля, потомъ заболѣвали жители гавани и наконецъ эпидемія распространялась на весь островъ. Доказательная сила подобныхъ фактовъ ослабляется лишь тѣмъ обстоятельствомъ, что эпидемія заносится иногда даже такимъ кораблемъ, на которомъ не было ни одного больнаго гриппомъ!

Не отрицая, въ виду вышеприведенныхъ фактовъ, міазматическаго происхожденія гриппа, я тѣмъ не менѣе при-

знаю также и *контагіозность* этой болѣзни и это свое мнѣніе высказываю, на основаніи способа распространенія гриппа въ нашихъ дѣтскихъ. Наблюденія показываютъ именно, что въ семьяхъ, гдѣ есть много дѣтей, почти всегда гриппъ появляется сначала у кого-нибудь одного, а черезъ нѣсколько дней заболѣваютъ и остальные; очень часто *источникомъ семейной эпидеміи гриппа является острый насморкъ у кого-либо изъ взрослыхъ*, у которыхъ гриппъ по большей части остается въ видѣ этой абортивной формы, которая однако не менѣе заразительна, чѣмъ и выраженная болѣзнь, что, какъ извѣстно, имѣетъ мѣсто и при другихъ контагіозныхъ болѣзняхъ, каковы корь, оспа и друг. Въ пользу контагіозности гриппа высказывается и Kormann (l. c.).

Скрытый періодъ гриппа, какъ кажется, много короче, чѣмъ при другихъ контагіозныхъ болѣзняхъ, за исключеніемъ развѣ лишь скарлатины. Онъ равняется приблизительно 1—3 суткамъ, какъ видно, напр., изъ слѣдующаго случая: въ ночь съ 16-го на 17-е апрѣля 1883 года мать троихъ дѣтей заболѣла внезапно жаромъ, головной болью и сильнымъ насморкомъ; 17-го къ ея дѣтямъ пришла въ гости дѣвочка 4-хъ лѣтъ совсѣмъ изъ другой части города и переночевала здѣсь. Черезъ 24—30 часовъ послѣ матери заболѣлъ жаромъ, насморкомъ и лающимъ кашлемъ ея младшій сынъ 2-хъ лѣтъ, а 18-го къ вечеру (часовъ черезъ 36—40) двѣ ея дочери 3 и 4 лѣтъ и дѣвочка, пришедшая въ гости.

Возрастъ оказываетъ несомнѣнное вліяніе на заболѣваніе гриппомъ, такъ какъ главнымъ контингентомъ для него являются дѣти отъ $^1/_2$ до 5 лѣтъ. *Возрастъ оказываетъ вліяніе не только на частоту заболѣванія*, но и на *интензивность его:* чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ, вообще говоря, сильнѣе гриппъ; послѣ 7-и лѣтъ абортивные и легкіе гриппы встрѣчаются уже много чаще рѣзко выраженныхъ формъ.

Полъ напротивъ не играетъ никакой замѣтной роли.

Изъ *случайныхъ* причинъ, располагающихъ къ заболѣванію гриппомъ, несомнѣнное значеніе имѣетъ только *простуда*;

въ эпидемическое время случается очень нерѣдко, что въ извѣстной семьѣ первый больной получаетъ гриппъ отъ простуды, а другіе заболѣваютъ черезъ нѣсколько времени другъ за другомъ или всѣ сразу, даже и въ томъ случаѣ, если не выходятъ изъ дому.

Въ отличіе отъ большинства другихъ инфектіозно-эпидемическихъ болѣзней слѣдуетъ отмѣтить, что однократное заболѣваніе гриппомъ нисколько не гарантируетъ отъ его повтореній.

Анатомо-патологическія измѣненія

Неосложненные случаи гриппа не оканчиваются смертью, такъ какъ все дѣло здѣсь ограничивается гипереміей и набухлостью слизистыхъ оболочекъ носа, зѣва и бронховъ, а иногда и кишекъ; въ тяжелыхъ случаяхъ встрѣчаются болѣе или менѣе обширныя уплотнѣнія легкихъ вслѣдствіе катарральной или крупозной пневмоніи; впрочемъ, насчетъ истинной натуры гриппозной пневмоніи, мы пока не имѣемъ точныхъ данныхъ, такъ какъ микроскопическія изслѣдованія легкихъ при гриппѣ, сколько мнѣ извѣстно, никѣмъ пока не опубликованы. Несомнѣнно только одно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ встрѣчается вмѣстѣ съ пневмоніей и фибринозный или серозно-гнойный плевритъ, въ особенности у маленькихъ дѣтей.

Припадки и теченіе.

Отъ простаго катарра бронховъ гриппъ отличается не столько *качествомъ* припадковъ, сколько *группировкой* симптомовъ и теченіемъ. Началу болѣзни въ большинствѣ случаевъ предшествуетъ болѣе или менѣе короткій *періодъ предвѣстниковъ*. въ теченіи нѣсколькихъ часовъ или 1 — $1^1/_2$ сутокъ. У взрослыхъ, судя по описанію Riess'а (Real-Encyklopedie, T. VI, стр. 130) и Zuelzer'а, предвѣстниковъ обыкновенно не бываетъ. Если они есть, то состоятъ въ безлихорадочномъ насморкѣ и легкомъ кашлѣ; по наблюде-

ніямъ Churchill'я (Journ. f. Kinder. B. III, стр. 26), въ нѣкоторыхъ случаяхъ лихорадочное состояніе даже предшествуетъ катарральнымъ явленіямъ на 1—2 дня, но большею частью она присоединяется къ нимъ на 2 — 3 — 4-й день.

Начало болѣзни рѣдко обозначается ясно-выраженнымъ знобомъ или у дѣтей до двухъ лѣтъ судорогами, обыкновенно же легкимъ познабливаніемъ и жаромъ.

Субъективному чувству жара и обычнымъ спутникамъ его: головной боли, жаждѣ, потерѣ аппетита при обложенномъ языкѣ и общей слабости соотвѣтствуетъ значительное и *быстрое* поднятіе темературы, нерѣдко до 40—40,5° на первый же вечеръ.

Одновременно съ лихорадочнымъ состояніемъ появляются и катарральныя явленія (а если они уже были, то усиливаются) сначала въ видѣ насморка и гиперэміи конъюнктивы вѣкъ, а затѣмъ скоро присоединяется и кашель.

Относительно теченія лихорадки при гриппѣ мы имѣемъ въ литературѣ мало указаній; Züelzer и Riess (l. c.) ограничиваются заявленіемъ, что точныхъ наблюденій по этому поводу нѣтъ; по Wunderlich'у (Eigenwärme in Krankheiten. 1870, стр. 349), повышеніе температуры при гриппѣ вначалѣ рѣдко идетъ быстро, обыкновенно же постепенно, подобно тому, какъ въ первомъ періодѣ тифа, только не такъ правильно. Сходство съ тифомъ остается и въ періодѣ фистигіума, но въ большей части случаевъ температура не достигаетъ такой высоты; главное отличіе отъ тифа состоитъ, впрочемъ, не въ томъ, а въ сравнительно-короткой продолжительности лихорадки и въ болѣе быстромъ ея окончаніи, хотя все-таки лизисомъ.

По моимъ наблюденіямъ, кривая температуры въ отдѣльныхъ случаяхъ гриппа бываетъ очень разнообразна, но, вообще говоря, можно подвести теченіе лихорадки при гриппѣ подъ два главныхъ типа. *Первый типъ* — это ferbis continna remittens съ значительными утренними ремиссіями и вечерними повышеніями, какъ при тифѣ, причемъ температура колеблется приблизительно между 39—39,5 утромъ

и 39,5—40,5 вечеромъ. Такая постоянно-высокая лихорадка наблюдается большею частью у маленькихъ дѣтей, напр. до 2-хъ лѣтъ, и указываетъ на очень острое теченіе гриппа, кончающагося въ такихъ случаяхъ болѣе или менѣе рѣзкимъ кризисомъ черезъ 8—15 дней, изъ числа которыхъ на долю дефервесценціи приходится 24—72 часа. Катарръ, начавшись съ слизистой оболочки носа, очень быстро распространяется на бронхи, а нерѣдко и на легочную перенхиму, т. е. развивается пневмонія той или другой доли легкаго. Kormann'у удалось прослѣдить ходъ t^0 всего лишь въ трехъ случаяхъ гриппа и во всѣхъ получилась кривая f. continuae remitten.

Случаи гриппа, протекающіе съ постоянной лихорадкой, не всегда кончаются воспаленіемъ легкихъ, хотя бы они и затягивались недѣли на двѣ, какъ было это, напр., въ слѣдующемъ случаѣ:

Ребенокъ 2 лѣтъ, сын студента 4-го курса, съ слѣдами рахитизма грудной клѣтки, съ большимъ животомъ, нѣсколько блѣдный, но вообще здоровый, заболѣлъ внезапно жаромъ, насморкомъ и кашлемъ въ мартѣ 1883 года. Точныя измѣренія температуры производились отцемъ больнаго 3 раза въ день, начиная съ четвертаго дня болѣзни. Ходъ лихорадки оказался слѣдующимъ:

	Утро.	3 часа.	Веч.		Утро.	3 часа.	Веч.
4 день	40	40,4	—	9 день	39,9	40	39,3
5 „	37,8	39,7	39,4	10 „	39,3	39,5	38,9
6 „	39,1	39,7	39,3	11 „	38	39,5	38,3
7 „	38,8	40,2	39,8	12 „	38,8	40,1	38,5
8 „	38,5	39,9	39,9	13 „	35,8	36.	

Лихорадочный періодъ въ этомъ случаѣ продолжался 12 дней и на 13 день кончился *кризисомъ*, съ паденіемъ температуры на 4,3 въ теченіи 18 часовъ. Болѣе быстраго паденія мы не встрѣчаемъ даже и при настоящей крупозной пневмоніи, а между тѣмъ за все время болѣзни изслѣдованіе груди давало вполнѣ отрицательные результаты, если не считать ничтожнаго количества кой-гдѣ разбросанныхъ

хриповъ и жесткаго везикулярнаго дыханія на обѣихъ сторонахъ грудной клѣтки; *на пневмонію не было и намека*, хотя подробное изслѣдованіе легкихъ производилось ежедневно. Насморкъ продолжался до 6 дня болѣзни, а сильный сухой кашель безпокоилъ больнаго нѣсколько дней и по окончаніи лихорадки; *дыханіе* все время было значительно учащено и *колебалось отъ 50 до 60* въ минуту. Такое несоотвѣтствіе между частотой дыханія и силой кашля съ одной стороны и отрицательными результатами физикальнаго изслѣдованія съ другой, какъ увидимъ ниже, довольно характеристично для гриппа. Далѣе характерно также и не совсѣмъ правильное теченіе температуры съ ничѣмъ не мотивированными паденіями почти до нормы на 5-й и 11-й дни болѣзни.

Имѣя дѣло съ подобными случаями, невольно вспоминаешь *абортивныя* пневмоніи Baginsk'аго. Подъ этимъ названіемъ В. описалъ случаи заболѣванія, которые какъ по своему быстрому началу съ высокой лхорадкой, такъ и по температурѣ, пульсу и дыханію заставляютъ предполагать начинающуюся крупозную пневмонію, но въ которыхъ дѣло не доходитъ до появленія физикальныхъ признаковъ уплотнѣнія. При изслѣдованіи груди находятъ ясный перкуторный звукъ и неопредѣленный дыхательный шумъ и иногда кой-гдѣ крепитирующіе хрипы. Простой бронхитъ, по мнѣнію В., исключается внезапнымъ началомъ болѣзни и критическимъ окончаніемъ въ теченіе 3—5 дней (Pneum. u. Pleur Tübingen. 1880 г.). Но если мы видимъ, какъ было это и въ нашемъ случаѣ, что подобныя „абортивныя“ пневмоніи не выясняются даже и въ двухъ-недѣльный срокъ, то будетъ ужь большой натяжкой объяснять ихъ недоразвитіемъ крупозной пневмоніи; это значило бы допустить существованіе крупозной пневмоніи безъ пневмоніи, подобно тому какъ допускается скарлатина безъ сыпи! Для этого однако нѣтъ достаточныхъ основаній, да, пожалуй, и надобности, разъ мы знаемъ, что подобные случаи начинаются какъ обыкновенные гриппы и встрѣчаются въ семействахъ рядомъ съ другими случаями чистаго гриппа.

При *второмъ типѣ* лихорадки, гриппъ течетъ медленно,

такъ какъ риспространеніе катарра сверху внизъ совершается съ остановками, сообразно чему и температура подвергается *быстрымъ колебаніямъ*, такъ что можно даже просмотрѣть лихорадку, если наблюдать больнаго разъ въ сутки. Случаи, въ которыхъ вечернія температуры достигаютъ 39,5 — 40 при почти нормальныхъ утреннихъ — или наоборотъ — вовсе не рѣдки. Однимъ словомъ, лихорадка здѣсь совсѣмъ *атипическая*.

Вотъ, наприм., кривая легкаго гриппа, выражавшагося главнымъ образомъ насморкомъ, при незначительномъ кашлѣ. Больная Пелагея Иванова 12-ти лѣтъ заболѣла насморкомъ и головной болью, находясь въ дѣтской больницѣ въ періодѣ полной реконвалесценціи отъ тифа, такъ что больше недѣли считалась вполнѣ здоровой.

1	день	39,9	ут.	39,8	веч.		6	день	37,5	ут.	39,3	веч.
2	„	3,66	„	39,5	„		7	„	39,6	„	37,7	„
3	„	36,7	„	38,4	„		8	„	38,3	„	39	„
4	„	37,4	„	37,5	„		9	„	36,7	„	37,6	„
5	„	37,4	„	38,5	„		10	„	37,4	„		

Въ подобныхъ случаяхъ лихорадка отличается помимо своей неправильности еще и продолжительностью, такъ какъ затягивается иногда на нѣсколько недѣль; замѣчательно, что если такого рода гриппъ осложняется пневмоніей, то и послѣдняя принимаетъ сплошь и рядомъ такое же неправильное теченіе; но объ этомъ послѣ.

Вторымъ постояннымъ симптомомъ гриппа бываетъ *катарръ слизистыхъ оболочекъ*. Какъ правило, прежде всего поражается носъ и конъюнктива вѣкъ, потомъ день или два спустя, а иногда и одновременно — зѣвъ и гортань. Слезотеченіе съ краснотой и припухлостью вѣкъ, непроходимость носа и истеченіе изъ ноздрей *прозрачной* жидкости, иногда хриплый голосъ, рѣже признаки съуженія гортани, при сухомъ лающемъ кашлѣ (ложный крупъ) характеризуютъ этотъ періодъ.

Насморкъ — признакъ чрезвычайной важности для діагностики гриппа, такъ какъ, во 1-хъ, онъ почти никогда не

отсутствуетъ вначалѣ болѣзни, а, во 2-хъ, онъ служитъ важнымъ критеріемъ для исключенія нѣкоторыхъ другихъ болѣзней, которыя могутъ быть смѣшаны съ гриппомъ въ теченіи первыхъ дней заболѣванія, но которымъ совсѣмъ не свойственъ насморкъ, каковы, напримѣръ, тифъ, оспа, скарлатина.

Другимъ симптомомъ, тоже весьма важнымъ для діагностики, я считаю *стрѣльбу въ ухо*, на которую жалуются очень часто дѣти, умѣющія говорить. Симптомъ этотъ важенъ въ особенности потому, что онъ является рано, обыкновенно на первую или вторую ночь. Какъ бы высока ни была температура, какъ бы сильно ни были выражены припадки со стороны нервной системы въ видѣ бреда, метанія въ постели и проч., но если на 2-й день болѣзни вы имѣете насморкъ и стрѣльбу въ ухо, безъ течи и безъ замѣтныхъ измѣненій въ наружномъ слуховомъ проходѣ, то я рекомендую вамъ всегда діагностировать гриппъ, и, поступая такъ, вы рѣдко ошибетесь, потому что такой комплексъ симптомовъ, какъ *сильный жаръ, насморкъ и стрѣльба въ ухо въ самомъ началѣ болѣзни патогномониченъ для гриппа.* Само собой разумѣется, что отсутствіе ушной боли никоимъ образомъ не исключаетъ гриппа. Въ большинствѣ случаевъ боль эта не предвѣщаетъ ничего дурнаго, такъ какъ катарръ Евстахіевой трубы, отъ котораго она зависитъ, не развивается далѣе и дѣло кончается дня черезъ два полнымъ выздоровленіемъ, безъ всякихъ послѣдствій.

Кромѣ этихъ кардинальныхъ симптомовъ, каковы лихорадка и катарры, при сколько-нибудь ясно выраженномъ гриппѣ всегда поражается и *нервная система.* Самымъ постояннымъ симптомомъ, кромѣ никогда не отсутствующей *головной боли*, иногда весьма сильной, бываетъ *безсонница* по ночамъ и *раздражительность* днемъ. Раздражительность выражается тѣмъ, что больной дѣлается крайне несговорчивъ, протестуетъ противъ малѣйшаго къ нему прикосновенія и не поддается изслѣдованію; больной производитъ впечатлѣніе очень злаго ребенка и эта-то чрезмѣрная капризность или злость въ высокой степени характеристичны для гриппа,

особенно когда идетъ дѣло о дифференціальной діагностикѣ нѣкоторыхъ случаевъ отъ тифа; дѣло въ томъ, что тифозные больные — смирны; если изслѣдованіе болѣзненно или непріятно имъ, напр., при гиперестезіи кожи, то они плачутъ или охаютъ, но въ этомъ выражается ихъ горе или обида, а отнюдь не злость, какъ при гриппѣ. Предоставленный самому себѣ, ребенокъ очень скоро успокоивается и лежитъ какъ будто въ забытьи съ закрытыми глазами: „днемъ безъ памяти, ночью безъ сна“, часто жалуются неинтеллигентныя матери. Подобный быстрый переходъ отъ громкаго капризнаго крика къ полному успокоенію встрѣчается еще почти только при рекуррентѣ и острой головной водянкѣ.

Полная безсонница или непокойный сонъ съ частымъ просыпаніемъ служитъ выраженіемъ лишь сравнительно-легкихъ случаевъ гриппа, тогда какъ въ болѣе тяжелыхъ дѣти бредятъ, нерѣдко съ первой же ночи (тоже существенное отличіе отъ тифа, при которомъ бредъ является обыкновенно лишь въ концѣ первой недѣли); или вскакиваютъ по ночамъ, кричатъ какъ бы испугавшись чего-нибудь и при томъ нѣкоторое время даже не узнаютъ окружающихъ. Такіе приступы ночнаго крика или испуга при болѣе или менѣе сильномъ жарѣ наводятъ на матерей страхъ и нерѣдко побуждаютъ ихъ ночью же бросаться за докторомъ, съ цѣлью какъ можно скорѣе принять мѣры противъ начинающагося воспаленія мозга, конечно мнимаго! По моимъ наблюденіямъ, гриппъ и ложный круппъ (очень часто тоже ничто иное какъ одно изъ проявленій гриппа) всего чаще встрѣчаются дѣтскому врачу при его ночныхъ визитаціяхъ.

Что касается до *конвульсій*, то онѣ встрѣчаются при гриппѣ очень рѣдко и то лишь вначалѣ болѣзни у маленькихъ дѣтей.

West (l. c., стр. 191) описываетъ начало гриппа съ значительной *нервной одышки* при сильной лихорадкѣ; дня черезъ 2 — 3 лихорадка исчезаетъ, но больной остается въ сильно угнетенномъ, полусонливомъ состояніи, съ холодной, влажной кожей, очень слабымъ пульсомъ и съ затрудненнымъ дыханіемъ; недостаточное окисленіе крови, выражаю-

щееся синюхой губъ и лица, заставляетъ опасаться какого-нибудь тяжелаго легочнаго страданія, а между тѣмъ изслѣдованіе груди не открываетъ ничего, кромѣ крупно-пузырчатыхъ хриповъ; въ тяжелыхъ случаяхъ упадокъ силъ постоянно прогрессируетъ, не смотря на назначеніе возбуждающихъ, и больной умираетъ иногда уже черезъ 48 часовъ, или въ концѣ недѣли; въ счастливыхъ случаяхъ выздоровленіе затягивается вслѣдствіе ремиттирующей лихорадки, полной потери аппетита и большой слабости. West рекомендуетъ въ такихъ случаяхъ перемѣну воздуха.

Дня черезъ 3 или нѣсколько дней позднѣе, катарры начинаютъ разрѣшаться, и картина мѣняется: изъ носа отдѣляется слизисто-гнойная жидкость, хриплый голосъ, лающій кашель, и съуженіе гортани исчезаютъ, лихорадка прекращается и больной, въ случаѣ если катарръ не распространяется дальше, въ 7—10 дней совершенно выздоравливаетъ. Подобные легкіе случаи, при которыхъ катарръ не идетъ далѣе крупныхъ вѣтвей бронховъ, свойственны преимущественно дѣтямъ старшаго возраста. Самые легкіе случаи гриппа, протекающіе съ признаками катарровъ только носа и вѣкъ, могутъ кончаться даже въ 3—4 дня, при чемъ лихорадка можетъ быть однодневной. Но и эти такъ-называемые абортивные случаи могутъ быть опасны, или по крайней мѣрѣ очень непріятны для новорожденныхъ и грудныхъ дѣтей, и именно съ двухъ сторонъ: во 1-хъ, по высокой температурѣ, свойственной и легкимъ формамъ гриппа, и, во 2-хъ, вслѣдствіе непроходимости носа; если 1-е обстоятельство, учащая дыханіе, только затрудняетъ его, то второе дѣлаетъ его совсѣмъ невозможнымъ, такъ какъ съ закрытіемъ рта при закупоренномъ носѣ, всѣ пути воздуха къ легкимъ прекращаются и ребенокъ или вовсе не беретъ груди, или взявши, тотчасъ бросаетъ ее, потому что задыхается; понятно, что подъ вліяніемъ лихорадки и голода ребенокъ постоянно кричитъ, не спитъ по ночамъ и видимо истощается.

Въ большинствѣ случаевъ катарръ не ограничивается носомъ, а распространяется дальше и нерѣдко, минуя гор-

тань, прямо перескакиваетъ на бронхи, что сопровождается обыкновенно новымъ ожесточенiемъ лихорадки. Бронхитъ при гриппѣ, въ отличiе отъ обыкновеннаго катарра бронховъ, характеризуется, во 1-хъ, весьма сильнымъ и частымъ *сухимъ* кашлемъ при ничтожныхъ физикальныхъ признакахъ со стороны легкихъ и, во 2-хъ, тѣмъ, что катарръ этотъ весьма долго не разрѣшается. Не только постукиванiе, но и выслушиванiе груди часто даетъ въ первые дни совершенно отрицательные результаты, или удается констатировать лишь ничтожное количество сухихъ хриповъ. На такое несоотвѣтствiе между силой кашля и явленiями со стороны груди указываетъ и Zuelzer. Въ этомъ отношенiи гриппъ весьма похожъ на коклюшъ: въ обоихъ случаяхъ вамъ говорятъ окружающiе, что ребенокъ сильно закашливается, такъ что иногда лицо покраснѣетъ отъ кашля, или приступъ оканчивается рвотой, а между тѣмъ для объясненiя этого кашля вы не находите въ груди почти ничего; кромѣ отсутствiя свистящаго вдыханiя, характернаго для коклюша, разница лишь та, что при гриппѣ бываетъ болѣе или менѣе значительная лихорадка, несвойственная коклюшу, и что при гриппѣ пароксизмы особенно сильны по утрамъ и вечерамъ, тогда какъ при коклюшѣ главнымъ образомъ по ночамъ.

На несоотвѣтствiе между силой лихорадки и явленiями со стороны легкихъ указываетъ между прочимъ и West: ускоренное дыханiе, говоритъ онъ, и симптомы недостаточнаго окисленiя крови, въ видѣ легкаго цiаноза, встрѣчаются при гриппѣ иногда безъ всякихъ другихъ физикальныхъ симптомовъ, кромѣ крупно-пузырчатыхъ хриповъ, разбросанныхъ на обѣихъ сторонахъ грудной клѣтки.

При новомъ ожесточенiи лихорадки, катарръ можетъ распространиться на мелкiе бронхи, на легочные пузырьки (pneumonia), а нерѣдко также и на кишки; въ послѣднемъ случаѣ неправильности дiэты вовсе не необходимы, чтобы вдругъ явилась рвота (рѣдко), поносъ, метеоризмъ и другiе признаки катарра кишекъ. Слабитъ 4—6 разъ въ сутки, жидкими желтыми испражненiями, иногда съ болями живота;

если катарръ занимаетъ и толстую кишку, то могутъ появляться болѣе частыя слизистыя испражненія при тенезмахъ; впрочемъ подобные случаи сравнительно рѣдки.

Изъ другихъ, менѣе постоянныхъ симптомовъ, прежде всего надо упомянуть объ *опухоли селезенки*. Гриппъ, подобно цереброспинальному менингиту и крупозной пневмоніи, принадлежитъ къ числу тѣхъ инфектіозныхъ болѣзней, которыя въ большинствѣ случаевъ протекаютъ безъ замѣтной опухоли селезенки; но нельзя отрицать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ она оказывается несомнѣнно увеличенной и иногда даже прощупывается, что встрѣчается подъ часъ и въ легкихъ формахъ гриппа, чаще однако увеличенія селезенки не удается констатировать даже и при двухъ-недѣльной продолжительности гриппа, а потому *ясно выраженная свѣжая опухоль селезенки* скорѣе *говоритъ противъ гриппа*, чѣмъ за него.

Изъ сыпныхъ процессовъ мы наблюдали при гриппѣ только *herpes* labialis et nasalis и *sudamina*. Первый высыпаетъ обыкновенно на 3—5 день, а вторая при окончаніи лихорадки, въ случаѣ обильнаго пота, который при гриппѣ бываетъ нерѣдко.

Осложненія.

Изъ осложненій свойственныхъ гриппу, на первомъ мѣстѣ по частотѣ появленія и по серьезности стоитъ *воспаленіе легкаго*. Гриппозныя пневмоніи имѣютъ различное теченіе, въ зависимости отъ того, осложняютъ ли онѣ случаи гриппа, протекающіе съ постоянной лихорадкой, или случаи затяжные, съ лихорадкой атипической.

Въ первомъ случаѣ пневмонія по физикальнымъ своимъ признакамъ вполнѣ соотвѣтствуетъ крупозному воспаленію легкаго: тупой звукъ, бронхіальное дыханіе, бронхофонія и усиленный fremitus pectoralis развиваются быстро и сразу занимаютъ ту или другую цѣлую долю легкаго—pnemonia lobalis,—и черезъ нѣсколько дней дѣло кончается кризисомъ, который однако въ большинствѣ случаевъ идетъ мед-

леннѣе, чѣмъ при обыкновенной, типической pn. crouposa и приближается скорѣе къ нѣкоторымъ формамъ острыхъ коревыхъ пневмоній, кончающимся не въ 12—24 часа, какъ при pn. croup., а въ 36—72.

Эти гриппозныя воспаленія легкихъ, въ отличіе отъ обыкновенныхъ крупозныхъ, характеризуются тою особенностью, что всегда являются нѣсколько дней спустя послѣ появленія кашля и жара, всего чаще именно между 5 и 9 днемъ. Подобнаго рода „запаздывающія" пневмоніи описываются обыкновенно подъ именемъ „центральныхъ пневмоній" (pn. crouposa centralis), причемъ предполагается, что жаръ и кашель уже съ самаго начала обусловливаются воспаленіемъ легкихъ, но фокусъ уплотнѣнія находится первоначально въ центрѣ той или другой доли; онъ окруженъ, слѣдовательно, здоровой легочной паренхимой и потому существованіе его замаскировано, и до поры до времени не можетъ быть узнано ни стетоскопомъ, ни молоткомъ.

Въ возможности центральныхъ пневмоній я не имѣю основаній сомнѣваться, но думаю все-таки, что дѣйствительное ихъ существованіе въ дѣтскомъ возрастѣ пока еще не доказано, такъ какъ запоздалое проявленіе уплотнѣнія допускаетъ и иное толкованіе, именно путемъ распространенія на легочные пузырьки катарральнаго воспаленія съ бронховъ, подобно тому какъ это бываетъ, по общепризнанному мнѣнію, и въ тяжелыхъ случаяхъ кори. Основываясь на собственныхъ наблюденіяхъ, показавшихъ мнѣ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ такъ-называемыхъ центральныхъ крупозныхъ пневмоній (въ смыслѣ Ziemssen'a) дѣло начинается съ насморка, я склоненъ думать, что почти всѣ подобные случаи должны быть отнесены къ гриппу, а не къ обыкновеннымъ крупознымъ пневмоніямъ.

Образчикомъ подобнаго теченія гриппа, осложнившагося въ дальнѣйшемъ ходѣ пневмоніей, можетъ служить слѣдующій случай: мальчикъ 6-и лѣтъ поступилъ въ больницу, 23 ноября 1882 года, по случаю 6-и-дневнаго постояннаго лихорадочнаго состоянія, сильнаго кашля, насморка, без-

покойнаго сна. Въ день поступленія изслѣдованіе груди не открыло ничего, кромѣ ничтожнаго количества разбросанныхъ сухихъ гриппов и шероховатаго везикулярнаго дыханія, чѣмъ можно бы было объяснить сильный кашель и жаръ.

Дальше температура шла такъ:

	Утр.	Веч.	
6 день	40,0	40,3	
7 „	40,0	40,3	herpes labialis.
8 „	40,1	40,2	
9 „	39,8	40	перкуссія подъ правой ключицей болѣзненна.
10 „	39,3	40	подъ правой ключицей тупой звукъ и бронхіальное дыханіе.
11 „	38,7	40	
12 „	39,5	39,7	
13 „	39,1	39,5	
14 „	38,2	39,4	сильный потъ.
15 „	37,2	38,4	
16 „	36,5	36,6	

Въ этомъ случаѣ первые признаки пораженія легочной паренхимы, въ видѣ болѣзненности при перкуссіи, появились лишь на 9-й день, а на 10-й пневмонія выразилась совсѣмъ; съ слѣдующаго дня температура начала постепенно падать и на 16-й день болѣзнь кончилась *лизисомъ*, для котораго потребовалось *5 сутокъ*. Замѣтимъ кстати, что при настоящей крупозной пневмоніи такое медленное окончаніе наблюдается очень рѣдко.

Какъ на другой подобный же примѣръ можно указать на случай Ziemssen'a (Pleuritis u. Pneum. 1862, стр. 180), который, впрочемъ, приводится имъ какъ образчикъ медленнаго теченія крупозной пневмоніи. Приводимъ этотъ случай въ извлеченіи. Дѣвочка 2-хъ лѣтъ, заболѣла 7 окт. 1861 года, жаромъ, рвотой и общей слабостью, послѣ того какъ въ теченіи нѣсколькихъ дней страдала *насморкомъ*, *кашлемъ* и *конъюнктивитомъ* (гриппъ?!) До 4-го дня болѣзни

температура стояла около 40°, изслѣдованіе легкихъ давало отрицательные результаты, но ребенокъ *вскрикивалъ и вскакивалъ по ночамъ и вообще былъ чрезвычайно безпокоенъ, а днемъ сонливъ.* На 4-й день появилось притупленіе въ области правой верхушки; въ теченіе слѣдующихъ дней пневмонія совсѣмъ выяснилась; на 11-й день началось паденіе температуры, которая достигла нормы *черезъ 3 дня.* Что здѣсь была пневмонія при гриппѣ, заставляютъ насъ думать подчеркнутые нами симптомы.

Я не могу согласиться съ Ziemssen'омъ, что подобное чрезвычайно медленное теченіе пневмоній, при которыхъ эксудатъ очень лѣниво отлагается и также лѣниво всасывается, и которыя, не смотря на незначительное распространеніе уплотнѣнія, продолжительное время поддерживаютъ несоразмѣрно высокую лихорадку, свойственны исключительно только верхушечнымъ пневмоніямъ; напротивъ того наблюденія показываютъ, что появленіе признаковъ уплотнѣнія легкаго на 4—5 день бываетъ и при воспаленіи нижней доли; совершенно такой случай приводитъ даже и самъ Ziemssen, но онъ считаетъ его за случай подъострой катарральной пневмоніи, развившейся изъ остраго бронхита, а, по моему мнѣнію, это былъ случай гриппа: у ребенка 4-хъ мѣсяцевъ отъ роду, страдавшаго въ теченіе нѣсколькихъ дней кашлемъ, 3 іюля появилось лихорадочное состояніе, кашель сдѣлался короткимъ и болѣзненнымъ; притупленіе въ области правой нижней доли появилось лишь 8 іюля, т.-е. на 6-й день при t°—39,6; на слѣдующій день отмѣчено рѣзко-выраженное притупленіе лѣвой нижней доли отъ основанія до средины лопатки, съ бронхофоніей, бронхіальнымъ дыханіемъ и „отличнымъ" голосовымъ сотрясеніемъ; t° въ этотъ день утромъ и вечеромъ—39,3, а въ теченіе ночи послѣдовалъ уже кризисъ (37,5—37,1). Итакъ, въ этомъ случаѣ лихорадочный періодъ болѣзни продолжался всего лишь 8 дней и окончился кризисомъ (l. c. стр. 322). Разницу отъ крупозной пневмоніи авторъ видитъ въ умѣренной лихорадкѣ, которая не подымалась выше 39,7, въ медленномъ развитіи уплотнѣнія и

въ тяжеломъ общемъ состоянiи, не соотвѣтствовавшемъ силѣ лихорадки (все, какъ бываетъ и при гриппѣ).

Противъ катарральной пневмонiи въ этомъ случаѣ говоритъ слишкомъ короткое теченiе и критическое окончанiе; на основанiи этихъ признаковъ и въ виду быстраго развитiя уплотнѣнiя цѣлой нижней доли, случай этотъ съ не меньшимъ правомъ можно бы отнести къ категорiи крупозной пневмонiи.

Другой подобный случай, но съ постепеннымъ окончанiемъ лихорадки на 12-й день (лизисъ въ теченiе 4 сутокъ), описываетъ Z. на стр. 324 у 6-и-мѣсячнаго ребенка, гдѣ развитiю пневмонiи предшествовалъ не только кашель, но и насморкъ; здѣсь уплотнѣнiе лѣвой нижней доли появилось на 6-й день, а правой на 7-й.

Теперь я перехожу къ пневмонiямъ второй группы, присоединяющимся къ затяжнымъ случаямъ гриппа съ атипической лихорадкой.

Я уже выше замѣтилъ, что если такого рода гриппъ осложняется пневмонiей, то и послѣдняя принимаетъ обыкновенно неправильное теченiе, съ неправильно - чередующимися ремиссiями и новыми ожесточенiями, причемъ каждому повышенiю температуры соотвѣтствуетъ вѣроятно новое распространенiе воспаленiя; по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ образованiе новыхъ фокусовъ въ легкихъ, при ожесточенiи лихорадки, удается прослѣдить безъ всякаго труда. Если случаи воспаленiя легкихъ при остромъ теченiи гриппа я сравнилъ съ центральной пневмонiей, то при гриппѣ съ атипической лихорадкой воспаленiе легкаго совершенно соотвѣтствуетъ тѣмъ формамъ крупозной пневмонiи, которыя извѣстны подъ именемъ *бродячихъ* или *саккадированныхъ пневмонiй.*

Весьма типическiй образчикъ такого теченiя болѣзни представляетъ слѣдующiй случай:

Алексѣй Долетовъ, двухъ лѣтъ, поступилъ въ больницу 16 октября 1882 г., по поводу 10-и дневнаго кашля и лихорадочнаго состоянiя. Самое тщательное изслѣдованiе легкихъ въ первые два дня больничнаго пребыванiя не открыло

ничего, кромѣ умѣреннаго бронхита: на 3-й день небольшое притупленіе въ области верхушки праваго легкаго надъ ключицей и бронхіальное дыханіе; съ каждымъ слѣдующимъ днемъ уплотнѣніе выяснялось все болѣе и болѣе и въ теченіе слѣдующихъ недѣль распространилось на все легкое, занявши сначала среднюю долю и за тѣмъ нижнюю. Окончательный исходъ остался, къ сожалѣнію, неизвѣстнымъ, такъ какъ ребенокъ заболѣлъ корью и былъ взятъ изъ больницы матерью. Вотъ ходъ температуры:

	Утр.	Веч.		Утр.	Веч.
11 день	—	38,1	26 день	*37,8*	38,
12 „	37,7	39,7	27 „	37,7	38,
13 „	38	38,5	28 „	40,2	39,9
14 „	38,3	39,6	29 „	36,5	38,1
15 „	*40,1*	39,5	30 „	39,2	*39,7*
16 „	*37,8*	37,5	31 „	38,2	*37,7*
17 „	37,7	39	32 „	*39,5*	*37,7*
18 „	39,3	39,4	33 „	38,5	*37,7*
19 „	*37,5*	38,7	34 „	39,6	36
20 „	39	39,1	34 „	38,5	37,8
21 „	*39,4*	39,3	36 „	39,3	39,7
22 „	38,2	*38*	37 „	37,8	39,5
23 „	*40*	40,2	38 „	38,7	39,5
24 „	36,7	37,7	39 „	38,5	40
25 „	38,5	*40*	40 „	386, Morbilli.	

Итакъ въ теченіе 30-и дней было 11 рѣзкихъ и быстрыхъ повышеній температуры до 39,5—40,2 и столько же пониженій, изъ которыхъ три, именно на 24, 29 и 34 дни достигали 36,5', т. е. симулировали настоящій кризисъ, тѣмъ болѣе, что одновременно появлялись и другіе признаки кризиса, въ видѣ пота и мелкопузырчатыхъ консонирующихъ хриповъ на мѣстѣ уплотнѣнія.

Другой случай относится къ мальчику 9-и мѣсяцевъ. По словамъ матери, ребенокъ заболѣлъ кашлемъ, сильнымъ насморкомъ и лихорадочнымъ состояніемъ съ мѣсяцъ тому назадъ; кашель очень сильный и иногда кончается рвотой.

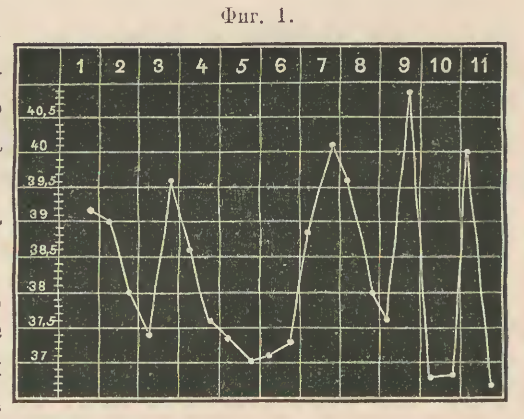
При поступленіи въ больницу тупой звукъ занималъ нижнюю долю праваго легкаго; въ дальнѣйшемъ теченіи уплотнѣніе распространилось сзади до верху; спереди—на надъ- и подключичныя ямки, но прояснился въ области соска и по l. axilaris.

	Утр.	Веч.		Утр.	Веч.
1 день	—	40,1	12 день	37,8	38,7
2 „	38	39	13 „	38,3	36 5
3 „	38,8	38,3	14 „	36,8	37,2
4 „	38,8	39,5	15 „	37,4	36,7
5 „	37 4	38,9	16 „	36,6	36,7
6 „	38,3	39,3	17 „	37,7	36,8
7 „	38,8	39 5	18 „	38,5	37
8 „	38,4	37,6	19 „	38,4	38,2
9 „	38,	37,8	20 „	38,6	38
10 „	39,	37,6	21 „	38,4	36,7
11 „	38,	37,6	22 „	37,7	36,8

Замѣчательно, что подобные случаи тяжелаго теченія гриппа почти исключительно свойственны маленькимъ дѣтямъ, преимущественно груднымъ, и потомъ отъ 1 до 3 лѣтъ. Если мы обратимъ вниманіе на возрастъ дѣтей, приводимыхъ различными авторами, какъ образчики бродячей пневмоніи, то замѣтимъ, что почти всѣ эти больные стоятъ въ возрастѣ до трехъ лѣтъ, такъ, напр., у Baginsk'аго (l. c. стр. 21) всѣ пять случаевъ относятся къ груднымъ дѣтямъ: 4, 8, 11 и 12 мѣсяцевъ. Такое совпаденіе, по моему мнѣнію, просто объясняется тѣмъ, что pneumonia migrans въ большинствѣ случаевъ является вслѣдствіе гриппа и что гриппъ вообще течетъ тѣмъ тяжелѣе, чѣмъ моложе ребенокъ. У болѣе взрослыхъ дѣтей, напр., 6—7 лѣтъ, я встрѣчалъ только намеки на подобное теченіе, что выражалось быстрыми колебаніями температуры, напоминавшими intermittens, но эти колебанія продолжались не долго, такъ что мѣстныя явленія въ легкихъ оставались стаціонарными, а новые фокусы какъ бы не успѣвали развиться до замѣтной степени. Въ общемъ получался рядъ ложныхъ кризисовъ или какъ будто

комбинація нѣсколькихъ однодневныхъ пнеймоній, потому что новому повышенію температуры соотвѣтствовалъ знобъ, усиленіе кашля, иногда появлялось колотье въ боку, словомъ, казалось, что развивается новый пнеймоническій фокусъ, который однако не успѣвалъ выясниться, потому что черезъ нѣсколько часовъ t^0 опять падала до нормы. Для примѣра приведу кривую температуры 7 и лѣтняго мальчика (фиг. 1) заболѣвшаго гриппомъ вмѣстѣ съ тремя своими сестрами въ апрѣлѣ 1885 года. Воспаленіе правой верхушки выяснилось у него на 9-й день болѣзни, а окончательный кризисъ послѣдовалъ на 11-й день.

Фиг. 1.



Посмотримъ теперь, какого рода воспаленіе легкаго бываетъ при гриппѣ—катарральное или крупозное? За отсутствіемъ патолого-анатомическихъ изслѣдованій, вопросъ этотъ рѣшить не легко; мы попытаемся сдѣлать это на основаніи этіологіи, симптоматологіи и теченія.

Со стороны этіологіи, гриппозная пневмонія, какъ развивающаяся изъ бронхита, должна быть отнесена къ категоріи катарральныхъ воспаленій легкаго; въ этомъ отношеніи она совершенно аналогична коревой пневмоніи, которая, какъ извѣстно, тоже относится къ пневмоніямъ катарральнымъ.

Со стороны припадковъ однако дѣло стоитъ совсѣмъ иначе. Главнѣйшія отличія катарральной пневмоніи отъ крупозной основываются на томъ, что первая всегда сопровождается явленіями катарра мелкихъ бронховъ; катарръ этотъ, распространяясь до легочныхъ пузырьковъ, вызываетъ образованіе небольшихъ воспалительныхъ фокусовъ, соотвѣтствующихъ развѣтвленіямъ бронхіальныхъ вѣточекъ

отсюда названіе—бронхопневмонія или лобулярная пневмонія. Въ дальнѣйшемъ теченіи отдѣльные мелкіе островки уплотнѣнія могутъ сливаться между собой, образуя болѣе обширныя гепатизаціи — генерализированная лобулярная пневмонія. Клинически такой ходъ процесса выражается вначалѣ явленіями капиллярнаго бронхита, т. е. присутствіемъ обильныхъ мелкопузырьчатыхъ хриповъ, преимущественно въ заднихъ нижнихъ частяхъ легкихъ; по мѣрѣ перехода воспаленія на легочные пузырьки, хрипы дѣлаются все громче и громче (консонирующіе хрипы) и наконецъ появляется ясно-замѣтное притупленіе и иногда бронхіальное дыханіе и бронхофонія. Henoch справедливо замѣчаетъ, что консонирующіе хрипы при диффузной бронхопневмоніи мо-могутъ присутствовать въ теченіе долгаго времени безъ ясно выраженнаго притупленія: перкуторный звукъ остается яснымъ, или онъ получаетъ тимпаническій оттѣнокъ, что объясняется тѣмъ, что между уплотнѣлыми мѣстами и ухомъ наблюдателя остается еще достаточное количество нормальной легочной ткани, которая и заглушаетъ тупой звукъ; а потому можно сказать, что распознаваніе катарральной пневмоніи, особенно въ началѣ ея развитія, гораздо доступнѣе выслушиванію, нежели постукиванію. При крупозной пневмоніи, напротивъ, воспаленіе сразу занимаетъ легочную паренхиму, безъ предварительнаго пораженія бронховъ; фокусъ уплотнѣнія съ первыхъ же дней занимаетъ цѣлую долю легкаго, вслѣдствіе чего очень скоро появляется тупой звукъ на пространствѣ пораженной доли, а при выслушиваніи—бронхіальное дыханіе и бронхофонія; что касается до консонирующихъ хриповъ, то они являются лишь въ періодѣ разрѣшенія воспаленія. Дальнѣйшее отличіе состоитъ въ томъ, что катарральная пневмонія въ большинствѣ случаевъ бываетъ двусторонней, любимымъ мѣстомъ локализаціи бываютъ заднія нижнія части легкихъ, по сторонамъ позвоночника. Крупозная пневмонія чаще занимаетъ одно легкое и притомъ не оказывая особаго предпочтенія нижней долѣ, такъ какъ приблизительно одинаково-часто локализируется и въ верхнихъ доляхъ.

Если мы посмотримъ теперь, какъ развивается пневмонія при гриппѣ, то увидимъ, что *воспаленіе легкихъ при гриппѣ въ громадномъ большинствѣ случаевъ развивается по типу крупозной пневмоніи*, такъ какъ, во 1-хъ, появленію ея мелкопузырьчатые хрипы и вообще симптомы капиллярнаго бронхита не предшествуютъ; во 2-хъ—уплотнѣніе и бронхіальное дыханіе являются при ней сразу на пространствѣ цѣлой доли легкаго; въ 3-хъ, она локализуется одинаково-часто какъ въ нижнихъ, такъ и верхнихъ доляхъ.

Ziemssen придаетъ большое значеніе въ дѣлѣ, насъ занимающемъ, ходу температуры (стр. 337): при крупозномъ воспаленіи легкихъ, лихорадка отъ начала до конца постояннаго типа, съ незначительными дневными колебаніями и кончается кризисомъ; при катарральной пневмоніи температура вообще не достигаетъ такой высоты и отличается непостоянствомъ, сильными колебаніями въ теченіи сутокъ и кончается лизисомъ, въ теченіе 3—7 дней. Теченіе крупозной пневмоніи очень острое, она внезапно начинается, стоитъ нѣсколько дней на извѣстной высотѣ и черезъ 7—11 дней кончается такъ же быстро, какъ началась. Катарральная пневмонія развивается постепенно, долго остается на acme и кончается медленно, въ теченіе нѣсколькихъ дней.

При гриппозныхъ пневмоніяхъ мы встрѣчаемся съ образчиками того и другаго типа, при чемъ и тѣ и другіе обыкновенно односторонни. Такъ при очень остромъ гриппѣ воспаленія легкаго текутъ тоже остро и совершенно соотвѣтствуютъ крупозной пневмоніи, къ категоріи которыхъ относятся авторами, считающими ихъ за центральныя воспаленія; разница лишь въ томъ, что пневмоніи при гриппѣ въ среднемъ выводѣ нѣсколько большей продолжительности и что часто онѣ оканчиваются не столь рѣзкимъ кризисомъ.

При затяжномъ гриппѣ напротивъ пневмонія по своей продолжительности нисколько не уступаетъ катарральной; она затягивается на нѣсколько недѣль и сопровождается лихорадкой, не особенно высокой и совершенно неправильной—словомъ, какъ будто все такъ, какъ при катарральной

пневмоніи. Но дѣло въ томъ, что запутанное теченіе этихъ случаевъ можно объяснить совокупностью цѣлаго ряда отдѣльныхъ приступовъ крупозной пневмоніи; другими словами—здѣсь повторяется то же самое, что бываетъ при такъ называемыхъ бродячихъ крупозныхъ пневмоніяхъ.

Итакъ, гриппозныя пневмоніи по этіологіи должны быть отнесены къ пневмоніямъ катарральнымъ, по развитію физикальныхъ симптомовъ и по мѣсту—къ крупознымъ, а по лихорадкѣ—то къ тѣмъ, то къ другимъ.

Про нихъ можно сказать буквально то же самое, что говоритъ Ziemssen по поводу пневмоніи коревой на стр. 315 своего сочиненія, уже много разъ нами цитированнаго, а именно, что при коревыхъ пневмоніяхъ намъ нерѣдко встрѣчаются случаи, не допускающіе опредѣленнаго заключенія о томъ, имѣемъ ли мы дѣло съ распространенной (генерализированной) бронхо-пневмоніей или съ крупознымъ воспаленіемъ легкаго, если только не слѣдить за лихорадкой термометромъ. (При гриппѣ, какъ мы видѣли, и термометръ не рѣшаетъ дѣла). Физикальныя явленія совершенно тѣ же, что при крупозной. Распространенное уплотнѣніе, далеко не всегда занимающее нижнія доли, но иногда начинающееся съ средней или верхнихъ долей, появляется при сильныхъ общихъ явленіяхъ въ теченіи 36—48 часовъ. Со стороны физикальныхъ признаковъ уплотнѣніе представляется компактнымъ и равномѣрнымъ, съ нормальнымъ или усиленнымъ голосовымъ сотрясеніемъ, бронхофоніей, бронхіальнымъ дыханіемъ и большею частью съ громкими, мелкопузырчатыми хрипами. Но и эти мелкопузырчатые хрипы, вообще говоря, весьма характеристичные для катарральной пневмоніи, отсутствуютъ такъ же часто, какъ и нѣкоторые другіе отличительные моменты, каковы, напр., начало съ нижнихъ долей, двусторонность появленія, первоначальная неравномѣрность и неопредѣленность физикальныхъ явленій. Вначалѣ и лихорадка при коревой пневмоніи показываетъ большое сходство съ пневмоніей крупозной: она много интензивнѣе, чѣмъ при большинствѣ катарральныхъ пневмоній, развивающихся изъ бронхита и кок-

люша; температура колеблется между 39 и 41°, и показываетъ очень незначительныя утреннія ремиссіи. Рѣзкую разницу Z. видитъ въ дальнѣйшемъ ходѣ лихорадки: „въ то время, какъ при крупозной пневмоніи въ большинствѣ случаевъ мы замѣчаемъ внезапное паденіе температуры, при критическихъ явленіяхъ, при кори мы почти постоянно встрѣчаемся съ медленнымъ окончаніемъ лихорадки, именно такъ, что нормальная температура наступаетъ не ранѣе 3—4 дней отъ начала дефервесценціи. Намеки на внезапное, критическое паденіе температуры встрѣчаются лишь въ немногихъ случаяхъ, но тогда или дефервесценція оказывалась преходящей, временной, или же быстрое паденіе прерывалось на короткое время интеркурентными повышеніями“.

„Однимъ словомъ, заканчиваетъ Z., мы не находили при коревыхъ пневмоніяхъ правильнаго теченія лихорадки, столь свойственнаго пневмоніямъ крупознымъ, и въ особенности не могли доказать какого-либо значенія въ этихъ случаяхъ критическихъ дней“.

Конечный выводъ будетъ тотъ, что *при гриппѣ мы имѣемъ переходныя формы пневмоніи*, *которыя* съ одинаковымъ правомъ *могутъ быть отнесены какъ къ катарральнымъ*, *такъ и къ крупознымъ*, *но къ послѣднимъ онѣ подходятъ ближе.*

По поводу другихъ осложненій гриппа можно сказать, что любой катарръ, служащій выраженіемъ гриппа, можетъ при случаѣ усилиться до такой степени, что выступаетъ на первый планъ и является какъ будто осложненіемъ; это относится, напр., къ ангинѣ, ларингиту, поносу и въ особенности катарру средняго уха. Послѣдній дѣлается иногда гнойнымъ и ведетъ къ прободенію барабанной перепонки. До полнаго прекращенія течи въ такомъ случаѣ требуется недѣли три и даже больше. Слухъ возстановляется обыкновенно вполнѣ.

По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, гриппъ осложняется иногда туберкулезомъ легкихъ или мозговыхъ оболочекъ. Я и самъ наблюдалъ одинъ случай гриппа у 6-и лѣтней дѣвочки, у которой бронхитъ затянулся недѣли на 4 и кон-

чился лишь тогда, когда стали появляться мозговые симптомы; больная умерла при ясно выраженной картинѣ острой головной водянки, но такъ какъ вскрытіе не могло быть произведено, то осталось не доказаннымъ — былъ ли въ этомъ случаѣ туберкулезъ, или нѣтъ.

Предсказаніе.

Теченіе гриппа крайне неопредѣленное и неправильное, а потому и предсказаніе при немъ относительно продолжительности не можетъ быть точнымъ, но quo ad vitam предсказаніе весьма хорошо, такъ какъ гриппъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ кончается выздоровленіемъ, даже и при осложненіи пневмоніей. Чѣмъ моложе ребенокъ и чѣмъ слабѣе организмъ, тѣмъ caeteris paribus хуже предсказаніе; хроническое теченіе, располагая къ развитію хронической пневмоніи и даже туберкулеза, всегда серьезно, особенно для субъектовъ, перенесшихъ прежде воспаленіе легкихъ и плевры или имѣющихъ наслѣдственное расположеніе къ чахоткѣ. Возможность переѣзда больнаго въ теплый климатъ во всѣхъ случаяхъ улучшаетъ предсказаніе.

Абортивные случаи, какъ уже упомянуто, кончаются въ 3—4 дня, но обыкновенно лихорадка держится 7—10 дней; въ тяжелыхъ случаяхъ гриппа, въ особенности при пневмоніяхъ, продолжительность зависитъ отъ характера гриппа; если слизистыя оболочки поражаются быстро другъ за другомъ, то и теченіе гриппа въ такихъ случаяхъ очень остро, такъ что до кризиса проходитъ 1½ много 2½ недѣли; въ другихъ случаяхъ, напротивъ, гриппъ течетъ вяло, затягиваясь на нѣсколько недѣль и даже на цѣлые мѣсяцы. Въ такихъ, чрезвычайно неблагопріятныхъ случаяхъ, гектическая форма лихорадки, съ вечерними ожесточеніями и утренними ремиссіями, до крайности истощаетъ безъ того уже ослабѣвшій подъ вліяніемъ постояннаго кашля и поноса организмъ; лимфатическія шейныя и паховыя железы припухаютъ и больной наконецъ умираетъ отъ истощенія, нерѣдко съ діагнозомъ „чахотки“.

Дифференціальная діагностика.

1. Отъ *остраго катарра бронховъ*, съ которымъ всего чаще смѣшивается гриппъ, послѣдній отличается, во 1-хъ, эпидемическимъ распространеніемъ; во 2-хъ, тѣмъ, что кромѣ бронховъ поражаются и другія слизистыя оболочки; въ 3-хъ, что высота температуры, продолжительность лихорадки и сила или частота кашля не соотвѣтствуютъ обыкновеннымъ признакамъ катарра; въ 4-хъ, что катарры при гриппѣ долго не разрѣшаются, не смотря на постельное содержаніе больнаго, и, наконецъ, въ 5-хъ, что при гриппѣ часто поражается и нервная система.

2. Въ теченіе 1-хъ сутокъ, діагностика можетъ колебаться между гриппомъ и періодомъ *предвѣстниковъ кори*; характеръ красноты слизистой оболочки зѣва, вѣкъ и рта всего лучше рѣшаетъ дѣло; при кори краснота этихъ слизистыхъ оболочекъ, въ особенности мягкаго и твердаго неба, всегда бываетъ пятнистая; при гриппѣ же какъ въ обыкновенныхъ катаррахъ—сплошная. Признакъ этотъ оспаривается *Tigri* (Ziemssen's Handbch. d. Infectionskr. II Th., стр. 504), по наблюденіямъ котораго коревидныя пятна на слизистой оболочкѣ неба постоянно встрѣчаются и при гриппѣ. При вскрытіи умершихъ отъ гриппа Tigri находилъ подобную высыпь также на слизистой оболочкѣ гортани и трахеи. Это наблюденіе Tigri при нашихъ эпидеміяхъ (а также и случаями Kormann'а) рѣшительно не подтверждается, а потому упомянутое нами отличіе гриппа отъ періода предвѣстниковъ кори остается во всей своей силѣ, не смотря на протестъ Tigri.

Вторымъ критеріемъ можетъ служить характеръ эпидеміи; понятно, что если въ извѣстной семьѣ, въ которой есть уже коревой больной, кто-либо изъ дѣтей заболѣваетъ насморкомъ и слезотеченіемъ, то мы скорѣе предположимъ у него корь, а не гриппъ, хотя бы въ зѣвѣ и не было пятнистой красноты, такъ какъ при кори она бываетъ далеко не всегда.

Наконецъ, 3-й, хотя и менѣе важный, признакъ мы имѣемъ въ *чиханіи*, которое въ періодѣ предвѣстниковъ кори встрѣчается значительно чаще, чѣмъ при гриппѣ, что зависитъ, можетъ-быть, отъ того, что при корѣ и свѣтобоязнь бываетъ сильнѣе, а извѣстно, что подъ вліяніемъ сильнаго свѣта чиханіе появляется даже и у здоровыхъ людей, не имѣющихъ насморка.

3. Въ дальнѣйшемъ своемъ теченіи гриппъ, протекая съ постоянной лихорадкой и, можетъ-быть, съ поносомъ, симулируетъ *тифъ*.

Діагностика основывается на томъ, что при отсутствіи симптомовъ, спеціально указывающихъ на тифъ, каковы тифозная розеоля и опухоль селезенки, есть симптомы совсѣмъ не свойственные тифу, но характеристичные для гриппа; самое важное значеніе въ этомъ смыслѣ принадлежитъ насморку и чрезмѣрной раздражительности. Относительно насморка слѣдуетъ отмѣтить тотъ важный для діагностики фактъ, что онъ продолжается иногда въ теченіе всей болѣзни, такъ что можетъ быть констатированъ врачемъ даже на 2-й или 3-й недѣлѣ болѣзни. Въ другихъ случаяхъ, впрочемъ, насморкъ кончается съ первыхъ дней.

Если насморкъ уже исчезъ, то весьма существенныя данныя получаются изъ анамнеза; хотя окружающіе больнаго и не могутъ иногда подробно разсказать развитіе болѣзни, но они всегда въ состояніи отвѣтить на вопросъ—что явилось прежде: кашель или поносъ? а ужь это одно очень важно. При гриппѣ, какъ правило, кашель съ самаго начала выступаетъ на первый планъ, а поносъ присоединяется гораздо позднѣе, обыкновенно въ концѣ 2-й или 3-й недѣли; при тифѣ же наоборотъ: поносъ нерѣдко является раньше кашля. Второй критерій даетъ намъ методическое (по крайней мѣрѣ 3 раза въ день) измѣреніе температуры. Оно показываетъ, что при гриппѣ лихорадка неправильнаго, сильно ремиттирующаго типа (хотя и не во всѣхъ случаяхъ), при тифѣ же болѣе постояннаго. При всемъ томъ ошибка въ нѣкоторыхъ случаяхъ все-таки возможна, особенно если врачъ *не имѣетъ въ виду гриппа*. Да-

лѣе слѣдуетъ помнить, что если съ одной стороны отсутствіе сыпи не исключаетъ еще тифа, то съ другой стороны и опухоль селезенки, по частотѣ ея появленія у дѣтей (особенно въ хроническомъ видѣ, наприм., при рахитизмѣ), не служитъ для него несомнѣннымъ доказательствомъ.

Важное діагностическое значеніе имѣетъ и возрастъ: до 2-хъ лѣтъ тифъ встрѣчается рѣдко, тогда какъ гриппъ очень часто.

4. Если больной попадаетъ на руки врача съ признаками *лобарной пневмоніи*, то рѣшить вопросъ о томъ, произошла ли она изъ гриппа, или самостоятельно (pneum. cruposa), возможно лишь при помощи анамнеза, такъ какъ въ періодѣ появленія пневмоніи насморкъ можетъ уже исчезнуть. При этомъ слѣдуетъ обратить вниманіе, во 1-хъ, на начало болѣзни, т. е. справиться о томъ, началась ли она сразу знобомъ и сильнымъ жаромъ, какъ это свойственно обыкновенной крупозной пневмоніи, или за нѣсколько дней до бурнаго проявленія болѣзни были уже предвѣстники въ видѣ насморка и, можетъ-быть, кашля; во 2-хъ, нѣтъ ли въ данной семьѣ другихъ случаевъ гриппа и, въ 3-хъ, когда появились физикальные признаки уплотнѣнія легкаго: при обыкновенной крупозной пневмоніи тупой звукъ появляется въ случаѣ пораженія нижнихъ долей на 2—3 день, или на 5—6 день при заболѣваніи верхнихъ: при гриппѣ воспаленіе легкаго выясняется очень нерѣдко еще позднѣе; въ 4-хъ, нѣкоторое діагностическое значеніе имѣетъ и возрастъ, такъ какъ лобарныя пневмоніи у грудныхъ и у дѣтей до 2-хъ лѣтъ въ большинствѣ случаевъ являются вслѣдствіе гриппа, между тѣмъ какъ у болѣе взрослыхъ дѣтей чаще встрѣчаются первичныя пневмоніи; въ 5-хъ, наконецъ, въ пользу гриппа говоритъ затяжное неправильное теченіе пневмоніи (припомнимъ, что бродячія воспаленія легкаго (грипозныя) чаще встрѣчаются у грудныхъ) и, можетъ быть, эпидемичность случаевъ, а также и не очень критическое окончаніе лихорадки.

5. Очень затянувшійся гриппъ, съ истощеніемъ организма, при недостаткѣ анамнеза, иногда не можетъ быть уз-

нанъ, такъ какъ картина болѣзни слишкомъ похожа на *бугорчатку*.

Истощеніе, упорная, неправильнаго типа лихорадка, сильный кашель иногда при незначительныхъ явленіяхъ со стороны легкихъ, или съ симптомами затянувшейся пневмоніи нерѣдко даже въ верхней долѣ, поносы—все это признаки, свойственные и гриппу, и бугорчаткѣ.

Для правильной оцѣнки случая важно знать начало болѣзни (насморкъ) и отсутствіе наслѣдственнаго расположенія къ бугорчаткѣ; далѣе въ пользу гриппа можетъ говорить существованіе эпидеміи, время года и отсутствіе бациллъ въ мокротѣ (если есть мокрота); изъ симптомовъ, говорящихъ въ пользу остраго миліарнаго туберкулеза, особенно цѣнны два: чрезмѣрная частота дыханія, не соотвѣтствующая незначительности физикальныхъ признаковъ со стороны легкихъ, и, во 2-хъ, присутствіе бугорковъ на chorioidea. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вопросъ рѣшается благопріятнымъ исходомъ, такъ, наприм., блистательные результаты климатическаго лѣченія въ такихъ случаяхъ говорятъ, конечно, въ пользу гриппа. Несомнѣнно, что при извѣстномъ расположеніи, затянувшійся гриппъ можетъ дать поводъ къ развитію бугорчатки; узнать такой исходъ возможно лишь при изслѣдованіи мокроты на присутствіе Koch'овскихъ бациллъ. Въ одномъ случаѣ, относившемся къ 6-ти лѣтней дѣвочкѣ, затянувшійся гриппъ закончился ясно-выраженной картиной туберкулезнаго менингита, причемъ недѣли за двѣ до летальнаго исхода кашель и вообще легочныя явленія совершенно исчезли, но насморкъ оставался почти до конца, послѣдовавшаго на 7-й недѣлѣ болѣзни. Правильная оцѣнка подобныхъ случаевъ возможна лишь при наблюденіи больнаго съ самаго начала заболѣванія.

Лѣченіе.

Предохранительное лѣченіе требуетъ переѣзда въ страну, гдѣ нѣтъ эпидеміи, но удовлетворить этому требованію

иногда невозможно, да притомъ гриппъ не такая опасная болѣзнь, отъ которой во чтобы то ни стало нужно бы было бѣжать. Тотъ, кто не обязанъ по своимъ занятіямъ жить въ большомъ городѣ и кто имѣетъ хворыхъ и слабогрудыхъ дѣтей, расположенныхъ къ хроническимъ бронхитамъ, для которыхъ слѣдовательно гриппъ можетъ считаться болѣе серьезной болѣзнью,—всего лучше жить круглый годъ въ деревнѣ, такъ какъ не подлежитъ сомнѣнію, что въ *деревнѣ дѣти заболѣваютъ гриппомъ несравненно рѣже, чѣмъ въ столицахъ*. Для столичныхъ жителей можно рекомендовать какъ можно старательнѣе оберегать дѣтей отъ простуды посредствомъ, наприм., теплаго обуванія ногъ на время прогулокъ; далѣе слѣдуетъ не выпускать маленькихъ дѣтей во время господства холоднаго сѣверовосточнаго вѣтра, не сажать вспотѣвшихъ дѣтей на извощика и проч. Противъ послѣдняго правила грѣшатъ очень часто тѣмъ, что отпускаютъ дѣтей въ отдаленную прогулку, а когда они устанутъ, то берутъ имъ извощика; раціональнѣе было бы поступать наоборотъ: ѣхать отъ дому, а домой возвращаться пѣшкомъ. Грудныя дѣти, не выходящія на воздухъ, часто простужаются или отъ холодныхъ половъ, или отъ оконъ, хотя бы и хорошо замазанныхъ. Зимой стекло охлаждается значительно сильнѣе стѣнъ и потому около оконъ всегда происходитъ токъ воздуха: холодный отходитъ отъ нихъ по низу въ комнату, а теплый сверху занимаетъ его мѣсто; понятно, что при существованіи щелей въ рамахъ, отъ оконъ дуетъ еще сильнѣе. Чтобы дѣти не простужались, всего лучше „закалить“ ихъ, пріучивши къ холодной водѣ. Начинать это надо съ пеленокъ: новорожденнаго купаютъ обыкновенно въ водѣ 28—29° R.; въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ такъ и нужно, но мѣсяцевъ съ 4 хъ, или лѣтомъ даже и раньше, надо постепенно понижать t-у ванны и дойти до 24 хъ и даже до 22, и въ такой водѣ купать постоянно и лѣто и зиму до 2-хъ лѣтъ; послѣ каждой ванны ребенка обливаютъ водой еще болѣе прохладной (20°). Послѣ двухъ лѣтъ ванны можно прекратить и остаться при однихъ обливаніяхъ въ 18—20°.

Если приходится пріучать къ водѣ ребенка 3—4 лѣтъ и старше, то слѣдуетъ начинать это дѣло съ лѣта. Въ жаркое время года дѣти очень хорошо переносятъ обливанія, отъ которыхъ никогда не простужаются, если только не оставлять ихъ съ мокрыми волосами (короче остричь). Такія обливанія можно прямо начинать съ 20° и продолжать ихъ всю осень и зиму по утрамъ. Обливанія не только закаливаютъ ребенка по отношенію къ простудѣ, но и вообще способствуютъ правильному развитію организма. Хорошо также пріучать дѣтей съ *лѣта* бѣгать босикомъ по полу, съ цѣлью уменьшить чувствительность ногъ къ перемѣнамъ температуры: тогда и зимой не придется ихъ кутать и не надо будетъ бояться промачиванія ногъ, этой столь обыкновенной причины насморка и кашля.

Вѣрныхъ средствъ, *купирующихъ* болѣзнь, мы пока не знаемъ; салициловый натръ въ этомъ отношеніи повидимому совсѣмъ безполезенъ; бо́льшей пользы можно ждать отъ хинина. Во многихъ случаяхъ (но не всегда) *хининъ*, данный въ *большой дозѣ*, *въ самомъ началѣ заболѣванія*, напр., на 1-й или на 2-й день, *купируетъ болѣзнь;* а потому мы всегда начинаемъ лѣченіе гриппа съ хинина, который прописываемъ въ порошкѣ или въ растворѣ, разсчитывая по два или по три грана на годъ pro die, въ одинъ или два пріема, напр. Rp. Chinini sulphurici gr. jj—jjj D. t. dos. № 4. S. По 1-му порошку утромъ и вечеромъ (для ребенка 2-хъ, 3-хъ лѣтъ) или Rp. Chin. muriatici gr. xjj—xvj., aq. destill., syr. rubi idei āā ℥vj. MDS. По десертной ложкѣ утромъ и вечеромъ (для ребенка 3—4 лѣтъ). Успѣхъ при лѣченіи хининомъ долженъ наступать быстро, а потому если, по истеченіи 2-хъ сутокъ, температура продолжаетъ стоять на прежней высотѣ или понижается незначительно, то дальнѣйшіе пріемы хинина можно считать безполезными, и чтобы не причинять ребенку непріятности горькимъ лѣкарствомъ, лучше совсѣмъ отказаться отъ него и перейти къ симптоматическому лѣченію. По поводу хинина слѣдуетъ еще замѣтить, что первый пріемъ его, особенно у дѣтей до 4—5 лѣтъ, весьма часто извергается рвотой; этимъ об-

стоятельствомъ не слѣдуетъ смущаться, такъ какъ второй пріемъ, данный минутъ черезъ 5—10 послѣ перваго, обыкновенно остается въ желудкѣ. Что при лихорадочномъ состояніи больной долженъ оставаться въ равномѣрной температурѣ, всего лучше въ постели, это понятно само собой. Діэта должна быть питательная, но не обременительная для желудка: супъ, молоко, яйца въ смятку, при хорошемъ аппетитѣ одинъ разъ въ день какое-нибудь не жирное мясо; для питья — простая или зельтерская вода комнатной температуры, а если не противно ребенку, то зельтерская вода съ молокомъ.

При симптоматическомъ лѣченіи всего чаще приходится бороться съ кашлемъ, а у грудныхъ дѣтей и съ насморкомъ. Если насморкъ у груднаго ребенка дѣлаетъ для него невозможнымъ сосаніе, то приходится давать ему молоко съ ложечки и способствовать скорѣйшему разрѣшенію насморка, при помощи смазыванія слизистой оболочки носа чистымъ глицериномъ, для чего достаточно пускать въ ноздри ребенка раза 3—4 въ день по 2 капли глицерина съ кисточки: при положеніи больнаго на спинѣ глицеринъ проникаетъ до носоглоточнаго пространства, въ чемъ легко убѣдиться всякому имѣющему насморкъ.

Лѣченіе кашля при гриппѣ ведется по тѣмъ же правиламъ, какъ и при обыкновенномъ бронхитѣ. Въ теченіе нѣсколькихъ дней приходится имѣть дѣло съ несноснымъ, сухимъ кашлемъ, который вынуждаетъ прибѣгать къ наркотическимъ средствамъ, изъ которыхъ всего чаще употребляются: опій въ видѣ Доверова порошка и морфій. Относительно дозировки этихъ средствъ, я повторю то, что высказалъ уже по поводу лѣченія диспепсіи (см. Клиническія лекціи о лѣченіи катарровъ кишекъ у дѣтей, 2 изд., стр. 59). „Назначая внутрь опій, слѣдуетъ помнить, что для грудныхъ дѣтей, особенно для новорожденныхъ, онъ принадлежитъ къ числу весьма сильно дѣйствующихъ средствъ, такъ что дѣтямъ очень слабымъ, недоношеннымъ, анэмичнымъ, а также при обильномъ скопленіи отдѣляемаго въ бронхахъ, лучше вовсе не назначать опіатовъ. При дози-

ровкѣ Доверова порошка я придерживаюсь правила — не назначать его въ теченіе сутокъ болѣе числа лѣтъ ребенка, такъ, напр., ребенку 6 мѣсяцевъ ($^1/_2$ года), я даю $^1/_2$ грана pro die (въ 2 пріема), годовому—гранъ и потомъ прибавляю по $^1/_4$ грана на годъ, напр., ребенку 3-хъ лѣтъ — $1^1/_2$ gr., для ребенка 7 лѣтъ $2^1/_2$ gr. и т. д. Бо̀льшіе пріемы можно назначать только дѣтямъ, которые уже принимали опій и доказали, что не обладаютъ къ нему чрезмѣрной воспріимчивостью. Вообще слѣдуетъ предупреждать окружающихъ, чтобы они давали лѣкарство только до наступленія сна". Морфій можно выписать въ растворѣ изъ 1 грана на унцію (Rp. Morphii muriatici granum. aq. destil. ℥j. MDS. какъ сказано) и давать по 2 капли на годъ, раза 2 въ день. Когда давать Доверовъ порошокъ и когда морфій—зависитъ отъ состоянія кишекъ, именно при запорахъ лучше послѣдній, при наклонности къ поносу—опій.

Для маленькихъ грудныхъ дѣтей вмѣсто опіатовъ лучше Aq. laurocerasi съ водой, напр. Rp. Aq. lauro. ceras. gtt. v—vjjj, natri bicarb. gr. jjj—vj, aq. destil. ℥jj. MDS. Черезъ 2 часа по чайной ложечкѣ.

Кромѣ наркотическихъ, при сухомъ кашлѣ показаны средства, способствующія разрѣшенію катарра или разжиженію слизи, каковы сода, нашатырь, бертолетова соль, апоморфинъ. Сода всего чаще примѣняется въ видѣ минеральной воды: силезская Оберъ-зальцъ-брунъ, эмская Кренхенъ, Виши Грандъ-грилль и др. черезъ часъ по столовой ложкѣ per se, или по-поламъ съ молокомъ. Нашатырь прописывается въ микстурѣ изъ 2—5 gr. на унцію съ сиропомъ, напр. Rp. Ammon. muriatici gr. vj.—X. inf. rad. ipecacuahn. ex gr. jj—℥jj, syr. rubi idei ℥jj. MDS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ (ребенку 3—5 лѣтъ). Также прописывается и kali oxymuriatic. Но я лично предпочитаю при сухомъ кашлѣ апоморфинъ. Средство это при подкожномъ употребленіи дѣйствуетъ какъ сильное рвотное ($^1/_{30}$ gr.), а черезъ желудокъ можетъ быть назначаемо въ сравнительно-большихъ дозахъ какъ разрѣшающее. Его смѣло можно давать по $^1/_{12}$ gr. на годъ pro die, такъ, напр., для

ребенка 2-хъ лѣтъ $^1/_6$ gr., для 4 хъ лѣтняго $^1/_3$ gr., для 12-ти лѣтняго 1 gr. Апоморфинъ очень легко разлагается въ нейтральныхъ растворахъ, а потому къ микстурѣ слѣдуетъ прибавлять нѣсколько капель соляной кислоты и избѣгать всякихъ другихъ примѣсей, кромѣ развѣ чистаго сиропа; ягодные сиропы разлагаютъ апоморфинъ. Вотъ обыкновенная формула:

Rp. Apomorphini muriat. cryst gr. $^1/_2$.
Aq. destillatae ℥jjj.
Ac. muriatici dil. gtt. vj.
Syr. simpl. ʒjjj.

MDS. Черезъ 2 часа по десертной ложкѣ (для ребенка 3-хъ лѣтъ).

Если указанные пріемы, вслѣдствіе индивидуальной воспріимчивости ребенка, вызываютъ рвоту, то нужно или уменьшить дозу, или рѣже давать. Въ періодѣ разрѣшенія катарра, при влажныхъ хрипахъ, показаны отхаркивающія, каковы, напр., ипекакуана, сенега, liq. ammon. anisat. и др. Послѣдній вмѣстѣ съ сенегой обыкновенно назначаются при капиллярномъ бронхитѣ, протекающемъ съ большимъ количествомъ мелкопузырчатыхъ хриповъ, съ одышкой и вообще съ признаками затрудненнаго дыханія и кровообращенія; ипекакуана напротивъ въ болѣе легкихъ случахъ. Какъ сенега, такъ и ипекакуана, выписываются въ настояхъ, но только въ совершенно разныхъ концентраціяхъ: ipecacuan. 1 гр. на унцію, senega 10—20 гр. на унцію, напр.:

Rp. Inf. rad. ipecacuahn. ex. gr. jj—℥jj.
Natri bicarbon. gr. jv—vj.
Syr. simpl. ℥jj.

MDS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ (3—5 лѣтъ).

Rp. Inf. polig. Senegae ex ∋j—∋jj ad ℥jj.
Liq. ammon. anisati gtt. xx.
Syr. rubi idei ʒjj.

MDS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ.

При осложненіи пневмоніей или при капиллярномъ бронхитѣ тѣ же средства и кромѣ того вино и согрѣвающій компрессъ на грудь.

Какое вино давать ребенку, это почти безразлично, разница лишь въ количествахъ: слабыя, бѣлыя и красныя вина, назначаются чайными (1—2 лѣтъ) или десертными (4—6 лѣтъ) ложками; крѣпкія вина (мадера, портвейнъ) вдвое меньшими пріемами,—коньякъ каплями.

Для компрессовъ берется тряпка изъ мягкаго полотна, сложенная въ 4—6 разъ такъ, чтобы получился 4-хъ угольный компрессъ приблизительно въ ладонь шириной и такой длины, чтобы можно было опоясать всю грудную клѣтку (при односторонней пневмоніи можно класть компрессъ на одну сторону груди). Компрессъ намачивается комнатною водой (въ 16° R., но можно брать и ледяную воду), выжимается, кладется на обнаженную грудь, покрывается восчанкой или американской клеенкой и потомъ *вся грудная клѣтка и верхняя часть живота* забинтовываются широкимъ (1/4 арш.) фланелевымъ бинтомъ такой длины, чтобы онъ легъ по крайней мѣрѣ въ два слоя. Компрессъ мѣняется черезъ 3—4 часа или даже рѣже, особенно если ребенокъ рѣдко кашляетъ и хорошо спитъ.

Изъ наружныхъ средствъ при сухомъ кашлѣ (отъ бронхита или пневмоніи) рекомендуются нѣкоторыми повторные горчишники на грудь и спинку утромъ и вечеромъ. Я лично не принадлежу къ числу поклонниковъ этого непріятнаго для дѣтей средства.

При поносахъ самымъ дѣйствительнымъ средствомъ является опять-таки опій, въ формѣ ли тинктуры, или Доверова порошка per se, или вмѣстѣ съ таниномъ (1—2—3 гр. въ день). Въ хроническихъ случахъ, симулирующихъ туберкулезъ или чахотку и протекающихъ въ формѣ затянувшейся катарральной пневмоніи, показано климатическое лѣченіе, результаты котораго превышаютъ иногда всякое ожиданіе; въ тепломъ климатѣ кашель и поносъ исчезаютъ въ нѣсколько дней, и сочтенный, можетъ быть, за чахоточнаго быстро поправляется. При назначеніи климатиче-

скаго лѣченія слѣдуетъ посылать въ теплую страну, но отнюдь не въ горы, гдѣ частыя перемѣны температуры располагаютъ къ простудѣ и слѣдовательно затягиваютъ болѣзнь. Гдѣ климатическое лѣченіе невозможно, тамъ приходится ограничиться общимъ укрѣпляющимъ лѣченіемъ; въ теплое время года переѣздъ въ деревню или въ сухую дачную мѣстность съ хвойнымъ лѣсомъ, питье кумыса или кефиря и питательная діэта изъ молока, яицъ въ смятку, мяснаго сока. Если въ извѣстной мѣстности нельзя достать ни кумыса, ни мяснаго сока, то при хорошемъ пищевареніи можно попробовать употребленіе рыбьяго жира.

БРЮШНОЙ ТИФЪ — THYPHUS ABDOMINALIS.

Въ настоящее время никто, конечно, не сомнѣвается въ томъ, что брюшной тифъ въ дѣтскомъ возрастѣ, считавшійся прежде за рѣдкость, встрѣчается значительно чаще сыпнаго и возвратнаго тифовъ и вообще принадлежитъ къ самымъ обыкновеннымъ болѣзнямъ дѣтей; онъ встрѣчается почти одинаково часто какъ у людей состоятельныхъ, то есть живущихъ въ удовлетворительной обстановкѣ, такъ и среди бѣднаго класса населенія.

Въ нашей дѣтской больницѣ въ теченіе 1881 и 1882 годовъ было всего 2310 больныхъ и изъ нихъ на долю брюшнаго тифа приходится 106 случаевъ, т. е. $4^1/_2\%$ изъ числа всѣхъ стаціонарныхъ больныхъ, считая въ томъ числѣ и хирургическихъ.

Этіологія.

Подробно распространяться объ этіологіи брюшнаго тифа я считаю излишнимъ, такъ какъ всѣ причины вызывающія появленіе отдѣльныхъ заболѣваній или цѣлыхъ эпидемій тифа у взрослыхъ имѣютъ полное значеніе и для дѣтей. По современнымъ возрѣніямъ брюшной тифъ относится къ числу контагіозно-міазматическихъ болѣзней, т. е. къ такимъ, которыя, хотя и не передаются прямо отъ больнаго къ здоровому, но при которыхъ заболѣвшій организмъ отдѣляетъ

съ испражненіями какъ бы недозрѣвшій ядъ, получающій свою полную заразительную силу лишь послѣ того, какъ онъ полежитъ нѣкоторое время среди гніющихъ органическихъ веществъ. Больной, стало быть, сѣетъ сѣмена, благодаря которымъ, при благопріятной почвѣ образуется гнѣздо заразы, служащее причиной заболѣванія нѣсколькихъ членовъ извѣстной семьи (домовая эпидемія) или жителей извѣстной мѣстности.

Случаи заболѣванія другъ за другомъ дѣтей и взрослыхъ, живущихъ подъ одной кровлей съ тифознымъ больнымъ, вовсе не рѣдки и легко объясняются тѣмъ предположеніемъ, что всѣ они подвергаются одинаковымъ вреднымъ вліяніямъ, подобно тому, какъ многіе заболѣваютъ болотной лихорадкой, если живутъ около ядовитаго болота; а потому приводить подобные случаи заболѣванія въ доказательство контагіозности брюшнаго тифа, какъ дѣлаетъ это, напр., Gerhardt (Handbch., стр. 368), не совсѣмъ основательно и не убѣдительно.

Если бы брюшной тифъ былъ контагіозенъ, то конечно заразительность его легко бы было замѣтить въ дѣтскихъ больницахъ, гдѣ тифозные больные лежатъ въ общихъ палатахъ. Но въ этомъ отношеніи по общему отзыву педіатровъ, даже тѣхъ, что признаютъ контагіозность брюшнаго тифа, хотя бы и въ слабой степени (Henoch, Huttenbrenner) оказывается, что зараженіе дѣтей брюшнымъ тифомъ въ дѣтскихъ больницахъ принадлежитъ къ очень большимъ рѣдкостямъ.

По наблюденіямъ Henoch'а въ его клиникѣ заболѣвали тифомъ почти исключительно лишь сосѣди очень маленькихъ дѣтей, которыя постоянно испражняются подъ себя. Barthez и Rilliet не видали ни одного случая заболѣванія тифомъ больныхъ, лежавшихъ въ одной палатѣ съ тифозными.

У насъ за два послѣднихъ года было 8 случаевъ зараженія тифомъ дѣтей, лежавшихъ въ больницѣ по причинѣ разныхъ хроническихъ и острыхъ болѣзней, но всѣ эти случаи безъ исключенія принадлежали, какъ увидимъ ниже, къ сыпному

тифу, въ заразительности котораго никто, конечно, не сомнѣвается. Однимъ словомъ, я лично до сихъ поръ не могъ убѣдиться въ контагіозности брюшнаго тифа и потому согласно съ воззрѣніемъ Liebermeister'а отношу его къ группѣ не заразительныхъ, но контагіозно-міазматическихъ болѣзней, хотя и признаю вопросъ этотъ еще открытымъ, такъ какъ за заразительность тифа, хотя бы и въ слабой степени, высказываются многіе авторы, каковы, напр., Henoch, Gerhardt, Rilliet и Barthez, Baginsky и нѣкоторые другіе.

Дальше я постараюсь доказать, что сыпной тифъ у дѣтей встрѣчается далеко не рѣдко и что онъ протекаетъ иногда безъ рѣзко выраженной сыпи подъ видомъ абортивнаго тифа, который, при отсутствіи этіологическихъ данныхъ, очень трудно отличить отъ абортивнаго брюшнаго тифа; возможно, что подобные-то случаи и затрудняютъ рѣшеніе вопроса о контагіозности дѣтскаго брюшнаго тифа.

И такъ, чтобы заболѣть тифомъ надо заразиться специфическимъ тифознымъ ядомъ, который развивается въ почвѣ или въ отхожихъ мѣстахъ и т. п., но зародышъ котораго находится въ испражненіяхъ тифозныхъ больныхъ.

Живя въ Москвѣ, мы всѣ конечно имѣемъ случай воспринимать въ себя тифозный ядъ, однако заболѣваютъ тифомъ къ счастью немногіе, потому что для этого надо имѣть извѣстное *индивидуальное расположеніе*, которое временами, подъ вліяніемъ различныхъ условій, можетъ усиливаться или ослабляться.

Изъ этихъ условій, вліяющихъ на степень индивидуальной воспріимчивости, намъ извѣстны лишь нѣкоторыя. Такъ мы знаемъ, напр., что воспріимчивость къ тифозной заразѣ обыкновенно уничтожается у субъектовъ уже перенесшихъ тифъ; далѣе замѣтное вліяніе оказываетъ возрастъ: *дѣти до 2-хъ лѣтъ заболѣваютъ тифомъ очень рѣдко*, а до году почти никогда; обстоятельство это въ сомнительныхъ случаяхъ можетъ имѣть важное діагностическое значеніе; отъ 2-хъ до 5-ти лѣтъ брюшной тифъ встрѣчается уже не рѣдко, но все еще значительно рѣже, чѣмъ послѣ 5-ти лѣтъ и въ особенности отъ 8-и до 12-ти.

Наши 106 случаевъ распредѣляются по возрасту такъ:

отъ 0—2=0	отъ 7— 8=15
2—3=2	8— 9=15
3—4=3	9—10=12
4—5=2	10—11=18
5—6=8	11—12=14
6—7=8	12—13=10

Итакъ, отъ 0—4=5 (2 мал. и 3 дѣвочки), отъ 4—7=18 (9 мал. и 9 дѣвочекъ), отъ 7—10=41 (24 мал. и 17 дѣв.) и отъ 10—13=42 (22 мал. и 20 дѣв.). Всего чаще слѣдовательно отъ 7 до 12 лѣтъ (отъ 0—7=23; отъ 7 до 12=83). То же самое свидѣтельствуютъ и другіе, такъ у Henoch'a изъ 137 случ. до 2-хъ лѣтъ = 5 случ. отъ 3—5=28; отъ 5—9=63 и отъ 6—14=41. У Cadet de Gass icourt изъ 276 случ.: до 2-хъ л.=3; до 3-хъ=7; до 4-хъ=8; до 5-ти=13; до 8-и л. 65. Traite'clin. de mal. de l'enf. II T.)

Вліяніе *пола* выступаетъ не рѣзко; по общепринятому мнѣнію мальчики заболѣваютъ чаще дѣвочекъ; у насъ было 57 мальчиковъ и 49 дѣвочекъ (у Henoch'a 73 м. и 64 дѣв.). Несомнѣнно, что роль располагающей причины можетъ играть *простуда*, разстройство пищеваренія и другія ослабляющія условія. Не безъ вліянія на частоту заболѣванія брюшнымъ тифомъ остается и *время года;* по общему отзыву осенью и зимой тифъ встрѣчается чаще чѣмъ весной и лѣтомъ. У насъ наибольшее число брюшныхъ тифовъ падаетъ на осень, а именно: зимой (декабрь—февраль) былъ 21 случай; весной (мартъ—май)=22 случ., лѣтомъ (іюнь—августъ) 20 случ. и осенью (сентябрь—ноябрь) 43 случая.

Вопросъ о томъ, *можетъ ли тифозный ядъ передаваться утробному плоду*, подобно, напр., оспенному яду, черезъ кровь матери, по моему мнѣнію за недостаткомъ фактовъ въ настоящее время рѣшенъ быть не можетъ; Gerhardt (l. c. 365) хотя и высказывается по этому поводу въ утвердительномъ смыслѣ, но случаи, приводимые имъ въ доказательство своего мнѣнія, далеко не убѣдительны, такъ какъ во 1-хъ, ни въ одномъ случаѣ не былъ констатированъ тифъ

у матери, а во 2-хъ, анатомо-патологическія, измѣненія въ трупахъ новорожденныхъ дѣтей соотвѣтствовали не столько тифу, сколько септицеміи, такъ что самое существованіе тифа въ приводимыхъ случаяхъ подлежитъ еще сомнѣнію; въ случаѣ Bednar'а, напр., дѣло касается 5-ти-дневнаго ребенка, мать котораго заболѣла послѣродовымъ метритомъ; при вскрытіи новорожденнаго оказалось: гной въ пупочной венѣ, двусторонняя пневмонія, перитонитъ, увеличенная селезенка и изъязвленіе нѣкоторыхъ Пейеровыхъ бляшекъ. Понятно, что ни опухоль селезенки, ни пораженіе фолликулярнаго аппарата кишекъ въ подобномъ случаѣ не можетъ имѣть доказательной силы въ пользу тифа, такъ какъ и то и другое часто встрѣчается и при септицеміи.

Въ случаѣ Manzini у 7-и-мѣсячнаго плода, умершаго черезъ 20—30 минутъ послѣ родовъ, рядомъ съ припухлостью и изъязвленіемъ нѣкоторыхъ солитарныхъ фолликулъ и Пейеровыхъ бляшекъ былъ также гнойный перитонитъ; наконецъ въ случаѣ Hecker'а, относящемся къ 13 и-дневной дѣвочкѣ, страдавшей въ теченіи 3-хъ послѣднихъ дней поносомъ (первые 10 дней была здорова, стало быть, имѣла время заразиться послѣ рожденія, за что высказывается и самъ Hecker), при вскрытіи всѣ Пейеровы бляшки оказались припухшими и изъязвленными, безъ образованія струпа; въ комнатѣ, гдѣ родилась дѣвочка, было прежде нѣсколько тифозныхъ заболѣваній. Противъ тифа въ этомъ случаѣ говоритъ только отсутствіе опухоли селезенки и брыжжеечныхъ железъ и чрезвычайно быстрое развитіе тифозныхъ язвъ и наступленіе смертельнаго исхода. Была ли больна мать ребенка — неизвѣстно.

Не совсѣмъ убѣдительнымъ кажется мнѣ и случай Игнатьева, описанный имъ въ Медицинскомъ Обозрѣніи (сент. 1883 г. стр. 341). Смерть послѣдовала на 9-й день жизни; въ воспитательномъ домѣ онъ пробылъ 8 дней, изъ которыхъ 5 дней въ отдѣленіи здоровыхъ и 3 дня въ лазаретѣ; въ лазаретѣ отмѣчено: частыя послабленія жидкими, зловонными, желтовато-бураго цвѣта испражненіями, при повышеніи температуты утромъ до 38 и вечеромъ до 38,7; передъ смертью ціанозъ, упадокъ дѣятельности сердца и частыя испражненія съ примѣсью крови. При вскрытіи: селезенка значительно увеличена, *плотна* (курсивъ мой); въ кишечномъ каналѣ — рѣзкая краснота, особенно на вершинѣ

складокъ, съ небольшими точечными экхимозами, съ набухлостью всей слизистой оболочки (словомъ, явленія рѣзко выраженнаго катарра). Въ толстой кишкѣ и отчасти въ прямой — сильное набуханіе фолликулъ, нѣкоторые изъ нихъ изъязвлены. Количество изъязвленій незначительно и уменьшаясь по направленію кверху, они почти отсутствуютъ въ pars transversa и ascendens coli; (всѣ эти явленія характеристичны конечно не для тифа, а для enteritis follicularis); для діагностики тифа, большее значеніе имѣютъ измѣненія Пейеровыхъ бляшекъ, которыя въ нижней части ilii, сантиметровъ на 20 кверху отъ Баугиніевой заслонки, припухли и лежатъ въ видѣ пластинокъ на утолщенной слизистой оболочкѣ; края ихъ рѣзко инъецированы и постепенно переходятъ въ слизистую; по мѣстамъ видна потеря вещества; солитарные фолликулы также увеличены, не изъязвлены (до сихъ поръ все явленія катарра, такъ какъ типическихъ тифозныхъ язвъ повидимому не было). Въ желудкѣ errosiones haemor. Во рту – микозъ. Въ брыжеечныхъ железахъ вмѣсто характерной для тифа такъ называемой мозговидной инфильтраціи отмѣчено только что онѣ увеличены, полнокровны и сочны. И такъ въ пользу тифа говоритъ здѣсь главнымъ образомъ только опухоль селезенки (значеніе которой уменьшается ея плотностью), которая могла имѣть и иное происхожденіе, напр. піэмическое. Извѣстно, что піэмія въ воспитательныхъ домахъ принадлежитъ къ числу самыхъ обыкновенныхъ явленій и проявляется она, какъ показалъ Ritter (въ Прагѣ) самыми разнообразными симптомами, къ числу которыхъ относятся не только воспаленія разныхъ внутреннихъ органовъ, но также различныя сыпи на кожѣ и катарры слизистыхъ оболечекъ; въ данномъ случаѣ была поражена слизистая оболочка всего пищеварительнаго тракта (микозъ во рту, errosiones haemor. въ желудкѣ).

Интересующій насъ вопросъ объ утробной передачѣ тифа не легко рѣшить еще и потому, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ беременность у заболѣвшихъ тифомъ не доходитъ до конца, а прерывается либо выкидышемъ, либо преждевременными родами; такъ у Grisinger'а выкинули всѣ пять женщинъ, бывшія подъ его наблюденіемъ въ беременномъ состояніи; у Liebermeister'а изъ 18 выкинули 15. Понятно, что при такомъ условіи очень трудно собрать подходящій матеріалъ.

Нѣтъ также достаточнаго числа фактовъ и для рѣшенія другаго вопроса, именно о возможности *передачи тифозной заразы черезъ молоко больной матери* или кормилицы. Намъ встрѣтился только одинъ случай, когда мать кормила грудью въ теченіе всей первой недѣли тифа; зараженія ребенка въ этотъ разъ не было. Въ случаѣ Schädler'а—7-и мѣсяч-

ный ребенокъ кормился грудью матери въ теченіе первыхъ 16-и дней тифа и черезъ 8 дней послѣ отнятія отъ груди заболѣлъ, а на 11-й день умеръ. При вскрытіи: изъязвленіе и инфильтрація многихъ Пейеровыхъ бляшекъ и солитарныхъ фолликулъ тонкихъ кишокъ, значительная припухлость брыжеечныхъ железъ и селезенки. Herard тоже наблюдалъ тифъ у 7-и мѣсячнаго ребенка, сосавшаго грудь тифозной женщины и умершаго на 6-й день болѣзни. При аутопсіи: тифозныя изъязвленія и припухлость бляшекъ и фолликулъ; опухоль селезенки и брыжеечныхъ железъ. На который день отъ начала болѣзни матери заболѣлъ ребенокъ, — не сказано. Старшій братъ ребенка тоже хворалъ тифомъ, слѣдовательно, въ данномъ домѣ можно было заразиться тифомъ и помимо молока. Gerhardt наблюдалъ 5 случаевъ когда, дѣти, оставаясь при груди матерей заболѣвшихъ тифомъ, не заражались имъ. Но въ виду того, что онъ не измѣрялъ температуру этихъ дѣтей, то свои случаи онъ не считаетъ доказательными, такъ какъ изъ 6-го случая убѣдился, что тифъ и у грудныхъ дѣтей можетъ протекать въ абортивной формѣ, такъ что безъ термометра его легко просмотрѣть. Ребенокъ въ этомъ 6-мъ случаѣ родился отъ тифозной матери 25 февраля и черезъ $3^1/_2$ недѣли заболѣлъ жаромъ, поносомъ и рвотой; t^0 въ теченіе 7-и дней держалась отъ 38 до 39,5, потомъ еще недѣлю отъ 37 до 38. Въ концѣ 1-й недѣли появилась опухоль селезенки и легкая roseola.

Что тифозная зараза можетъ распространяться *посредствомъ коровьяго молока*, это несомнѣнно; но не отъ заболѣванія коровъ, а если молоко доставляется съ фермы гдѣ есть тифозные больные, или если оно разбавляется зараженной водой. Въ этомъ отношеніи очень интересно наблюденіе Bollord'a, излѣдовавшаго причины тифозной эпидеміи въ Ислингтонѣ. Оказалось, что первый заболѣвшій тифомъ былъ мальчикъ на молочной фермѣ, вторымъ заболѣлъ его хозяинъ. Ферма доставляла молоко въ 142 семейства, изъ числа которыхъ тифъ появился въ 70-и семьяхъ, въ кото-

рыхъ перехворало 175 человѣкъ и умерло 30. (Gerhardt's Hndbch стр. 366).

Патолого-анатомическія измѣненія.

Дѣти умираютъ отъ брюшнаго тифа сравнительно рѣдко, такъ какъ онъ протекаетъ у нихъ большею частью въ легкой или въ абортивной формѣ, и эта-то абортивность дѣтскаго тифа выражается не только прижизненными симптомами, но также и въ патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ на трупѣ; эти послѣднія могутъ быть такъ ничтожны, что, безъ наблюденія больнаго при жизни, иной разъ нельзя бы даже было узнать причину смерти. Въ этомъ несоотвѣтствіи прижизненныхъ симптомовъ съ результатами вскрытія состоитъ между прочимъ рѣзкое отличіе дѣтскаго тифа отъ тифа взрослыхъ, у которыхъ даже и въ случаяхъ легкаго, напр., амбуляторнаго тифа, встрѣчаются обыкновенно болѣе или менѣе обширныя изъязвленія кишекъ и значительное припуханіе брыжеечныхъ железъ.

При тифѣ у дѣтей, какъ и у взрослыхъ, главнѣйшія измѣненія, по которымъ только и можетъ быть узнанъ тифъ, касаются кишекъ, брыжеечныхъ железъ и селезенки. Въ кишкахъ дѣло начинается съ катарра слизистой оболочки кишечнаго канала преимущественно нижняго отдѣла ilei, при чемъ гиперемія и набухлость слизистой оболочки и припуханіе солитарныхъ фолликулъ и Пейеровыхъ бляшекъ всего больше выступаетъ близъ Баухиніевой заслонки; чѣмъ дальше кверху, тѣмъ слабѣе пораженіе. Въ толстыхъ кишкахъ, которыя страдаютъ меньше тонкихъ, катарръ и припухлость фолликулъ занимаютъ главнымъ образомъ coecum.

Въ дальнѣйшемъ теченіи измѣненія сконцентрировываются на лимфатическомъ аппаратѣ, отчего на поверхности слизистой оболочки рѣзко выступаютъ значительно увеличенныя одиночныя железы и Пейеровы бляшки, фолликулы которыхъ, также какъ и разъединяющія ихъ перекладины изъ соединительной ткани инфильтрированы круглыми клѣтками. У взрослыхъ инфильтрація нерѣдко распространяется

за границу бляшки на сосѣдній участокъ слизистой оболочки и на подслизистую и даже мышечный слой кишечной стѣнки, чего въ дѣтскомъ тифѣ обыкновенно не бываетъ; но еще бо̀льшая разница выступаетъ въ дальнѣйшей участи инфильтрированныхъ железъ.

У взрослыхъ тифозная инфильтрація бываетъ такъ густа, что сосуды сдавливаются новообразованными клѣтками, и первоначальная гиперемія фолликулярнаго аппарата уступаетъ мѣсто полной анеміи съ послѣдовательнымъ некрозомъ инфильтрованныхъ частей; образовавшійся такимъ образомъ струпъ отдѣляется впослѣдствіи путемъ нагноенія, оставляя на своемъ мѣстѣ болѣе или менѣе поверхностную или глубокую (смотря потому занимала ли инфильтрація только Пейерову бляшку или распространялась и на глубже лежащіе слои, каковы межмышечная и подсерозная клѣтчатка) язву, заживающую потомъ гладкимъ рубцомъ. Отъ свойства и глубины подобныхъ язвъ зависитъ степень опасности, угрожающей больному со стороны кишечныхъ кровотеченій или прободенія кишокъ и перитонита. Вотъ отъ этихъ-то опасностей дѣти почти совершенно гарантированы, такъ какъ во 1-хъ, какъ уже сказано, инфильтрація почти никогда не распространяется у нихъ за границы фолликулъ а во 2-хъ, она не достигаетъ обыкновенно такой степени чтобы вызвать образованіе некротическаго струпа и язвы; напротивъ того выздоровленіе совершается, такъ сказать мирнымъ путемъ, посредствомъ жироваго перерожденія и всасыванія инфильтрата, безъ нарушенія цѣлости слизистой оболочки. Вслѣдствіе того, что обратный метаморфозъ и всасываніе въ припухшихъ фолликулахъ идетъ быстрѣе нежели въ раздѣляющихъ ихъ перегородкахъ, послѣднія выстоятъ надъ спавшимися фолликулами, отчего поверхность Пейеровой бляшки въ 2-й половинѣ тифа получаетъ видъ вафли или сѣтки. Такой-же сѣтчатый видъ бляшекъ можетъ быть результатомъ размягченія и распаденія фолликулъ, безъ образованія настоящей язвенной поверхности; наконецъ въ нѣкоторыхъ болѣе тяжелыхъ случаяхъ и у дѣтей дѣло доходитъ до некроза съ образованіемъ язвъ, съ тою однако

особенностью, что некрозъ этотъ, а стало быть и язвы распространяются лишь на небольшое число Пейеровыхъ бляшекъ и притомъ занимаютъ обыкновенно не всю бляшку, а только извѣстную часть ея, а въ глубину не распространяются далѣе подслизистой соединительной ткани. На сравнительно рѣдкое развитіе язвъ при дѣтскомъ тифѣ, обращаетъ вниманіе и Henoch. Изъ 137 случаевъ тифа, у него умерло 10 и изъ нихъ только у трехъ оказались язвы, а во всѣхъ остальныхъ встрѣтилась только мозговая припухлость железъ, что было и въ случаяхъ 3—4 недѣльной давности. Вообще тутъ большое значеніе имѣетъ возрастъ: послѣ 10-и лѣтъ язвы встрѣчаются часто, а до 7-и лѣтъ рѣдко.

Итакъ, самымъ обыкновеннымъ явленіемъ со стороны кишекъ при дѣтскомъ тифѣ бываетъ припуханіе фолликулярнаго аппарата. Однако признакъ этотъ самъ по себѣ для тифа не вполнѣ характеристиченъ, такъ какъ точно такая-же гиперплязія фолликулъ можетъ встрѣтиться и при простомъ катаррѣ кишекъ и при различныхъ общихъ заболѣваніяхъ. Въ подобныхъ случаяхъ даже и микроскопъ не рѣшаетъ дѣла, ибо тифозная гиперплязія никакими рѣзкими особенностями не отличается. Замѣчаніе это слѣдуетъ имѣть въ виду въ особенности при аутопсіи маленькихъ дѣтей, напр. до 2-хъ лѣтъ, у которыхъ тифъ встрѣчается крайне рѣдко, а катарръ кишекъ очень часто. По замѣчанію Henoch'а въ этомъ возрастѣ иногда случается, что, не смотря на характеристичные симптомы тифа, при вскрытіи или не находятъ въ кишкахъ ничего особеннаго, или только воспалительныя измѣненія слизистой оболочки тонкихъ и толстыхъ кишекъ.

Для посмертной діагностики тифа гораздо важнѣе присутствіе язвъ, такъ какъ тифозныя изъязвленія кишекъ характеризуются нѣкоторыми особенностями, по которымъ легко отличаются отъ язвъ другаго происхожденія каковы напр. фолликулярныя, туберкулезныя и дизентерическія. Не вдаваясь въ подробное описаніе этихъ язвъ, я отмѣчу лишь главнѣйшіе ихъ отличительные признаки. Отличить тифозную язву отъ туберкулезной всего легче во 1-хъ по отсут-

ствію милліарныхъ бугорковъ, которые всего лучше видны на серозной оболочкѣ кишки непосредственно надъ туберкулезной язвой, и во 2-хъ, по свойству краевъ и дна язвы: края тифозной язвы ровные, дно чистое, гладкое, а у туберкулезной—края и дно не ровные, покрытые творожистой массой (остатокъ творожисто перерожденнаго фолликула изъ котораго произошла язва). Сходство туберкулезныхъ язвъ съ тифозными состоитъ въ ихъ локализаціи, такъ какъ и тѣ и другія занимаютъ главнымъ образомъ нижнюю часть ilei.

Далѣе туберкулезная язва распространяется по направленію сосудовъ кишки, и потому при своемъ ростѣ дѣлается поясовидной, а тифозная язва, занимающая Пейерову бляшку, располагается своимъ длиннымъ діаметромъ вдоль кишки. Фолликулярныя и дизентерическія (дифтеритическія) язвы занимаютъ главнымъ образомъ толстую кишку. Фолликулярныя, происходящія вслѣдствіе вскрытія нагноившагося фолликула, характеризуются своими подъѣденными краями, а дифтеритическія тѣмъ, что занимаютъ преимущественно выступы или складки слизистой оболочки, а не фолликулы, и еще тѣмъ, что всего сильнѣе развиты въ rectum и на изгибахъ толстой кишки.

Второй характеристическій признакъ тифа мы имѣемъ въ гиперплязіи брыжеечныхъ железъ, въ особенности тѣхъ, что находятся по сосѣдству съ илеоцекальнымъ клапаномъ. Пораженныя железы являются значительно увеличенными, сочными, мягкими, въ разрѣзѣ въ началѣ болѣзни красными, позднѣе болѣе блѣдными или сѣроватыми (мозговидная инфильтрація). Причина припуханія этихъ железъ та же, что и для Пейеровыхъ бляшекъ, то есть гиперплязія клѣточныхъ элементовъ, съ тою лишь разницей, что здѣсь (по крайней мѣрѣ у дѣтей) дѣло не доходитъ ни до анемическаго некроза, ни до образованія абсцесса *).

*) Asch изъ Страсбургской клиники описалъ случай тифа у 12-и лѣтняго ребенка, умершаго отъ пилефлебита и абсцессовъ печени вслѣдствіе нагноившихся брыжеечныхъ железъ по сосѣдству ileo-coecum. (Berl. klin. Wochens. 1882. № 51). Случай этотъ конечно unicum.

Наконецъ третій признакъ тифа мы имѣемъ въ остромъ набуханіи селезенки, которая вслѣдствіе значительной гипереміи и гиперплязіи клѣточныхъ элементовъ бываетъ значительно увеличена, сочна и дрябла. За весьма рѣдкими исключеніями свѣжая опухоль селезенки при вскрытіи дѣтскихъ тифозныхъ труповъ встрѣчается всегда, такъ что при отсутствіи этого признака посмертная діагностика тифа можетъ быть сдѣлана только при наличности несомнѣнныхъ тифозныхъ язвъ, но никакъ не на основаніи припухлыхъ Пейеровыхъ бляшекъ; этотъ послѣдній признакъ можетъ имѣть значеніе лишь въ совокупности съ клинической картиной болѣзни.

Кромѣ только что перечисленныхъ существенныхъ и постоянныхъ спутниковъ брюшнаго тифа, при вскрытіи находятъ обыкновенно паренхиматозныя измѣненія внутреннихъ органовъ; но измѣненія эти для тифа не характеристичны, такъ какъ онѣ зависятъ повидимому отъ продолжительнаго повышенія температуры и при нѣкоторыхъ другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ бываютъ выражены даже рѣзче, чѣмъ при тифѣ.

Паренхиматозному измѣненію подвергаются главнымъ образомъ печень, почки и сердце. Измѣненія въ головномъ мозгу состоятъ въ отекѣ мягкой мозговой оболочки и самого вещества мозга и иногда въ скопленіи серозной жидкости въ боковыхъ желудочкахъ (острая головная водянка). Hoffmann находилъ у взрослыхъ увеличеніе жидкости въ мозгу и его оболочкахъ въ $^4/_5$ всѣхъ случаяхъ, а расширеніе мозговыхъ желудочковъ онъ отмѣтилъ 56 разъ изъ 166 вскрытій. Для дѣтскаго тифа подобныхъ данныхъ еще не собрано.

Симптомы.

Самымъ важнымъ симптомомъ для діагностики брюшнаго тифа является *лихорадка*. Въ теченіе тифозной лихорадки у дѣтей, какъ и у взрослыхъ, отличаютъ три періода: 1) періодъ усиленія лихорадки, 2) періодъ наибольшаго разви-

тія — фастигіумъ и 3) періодъ ослабленія лихорадки — дефервесценція. Въ общемъ всѣ эти періоды отличаются отъ тѣхъ же періодовъ при тифѣ у взрослыхъ своей меньшей продолжительностью.

Брюшной тифъ начинается обыкновенно очень постепенно, въ видѣ легкаго недомоганія, потери аппетита, головной боли, непокойнаго сна и т. п. припадками періода предвѣстниковъ, который въ большинствѣ случаевъ не обращаетъ на себя особаго вниманія родителей и незамѣтно переходитъ въ первый періодъ тифа, такъ что рѣдко удается прослѣдить ходъ лихорадки съ 1-го дня заболѣванія. Во всякомъ случаѣ однако можно считать за правило, что брюшной тифъ никогда не начинается съ сильнаго зноба и сильнаго жара, а обыкновенно съ легкаго познабливанія, повторяющагося иногда довольно правильно въ одно и то же время въ теченіе трехъ, четырехъ дней. Исключеніемъ изъ этого правила являются не рѣдкіе абортивные случаи тифа, о дальнѣйшей характеристикѣ которыхъ скажемъ нѣсколько словъ позднѣе. Въ теченіе первыхъ 3 — 5 дней повышеніе температуры достигаетъ съ каждымъ днемъ все большей и большей высоты, причемъ повышеніе идетъ не непрерывно, а непремѣнно съ ремиссіями по утрамъ, словомъ, такъ же, какъ и у взрослыхъ, съ тою лишь разницей, что у дѣтей нѣтъ той правильности въ повышеніи температуры и что самое повышеніе идетъ болѣе быстрымъ темпомъ, такъ что acme нерѣдко достигается уже на 4—5 день, тогда какъ у взрослыхъ только къ концу недѣли, причемъ температура съ каждымъ днемъ довольно правильно прибавляется на $^1/_2{}^0$ (утромъ на $^1/_2{}^0$ ниже предыдущаго вечера, а вечеромъ на цѣлый градусъ выше, чѣмъ утромъ — Wunderlich).

При дѣтскомъ тифѣ утреннія ремиссіи иногда замѣняются полными интермиссіями; въ такихъ случаяхъ около 12 — 2 часовъ дня ребенка начинаетъ немного знобить, а къ вечеру или къ часамъ 4 съ нимъ дѣлается жаръ и получается картина, очень похожая на перемежающуюся лихорадку, въ особенности если при томъ припухаетъ и селезенка. Разница состоитъ однако въ томъ во 1-хъ, что при тифѣ

экзацербаціи падаютъ на вечеръ, тогда какъ при febris intermittens обыкновенно на утро или полдень; во 2-хъ, въ томъ, что въ первые дни тифа температура не поднимается выше 39,5, большею частью стоитъ между 38,5—39, а при пароксизмѣ интермитента она обыкновенно выше 40. Въ 3-хъ, наконецъ въ томъ, что среднія дозы хинина, не оказывающія вліянія на тифозную лихорадку, прерываютъ intermittens.

Постепенное усиленіе лихорадки въ теченіе первыхъ дней заболѣванія составляетъ характеристическую особенность брюшнаго тифа, отличающую его въ этомъ періодѣ отъ многихъ острыхъ болѣзней и въ особенности отъ сходныхъ съ нимъ сыпнаго и возвратнаго тифовъ.

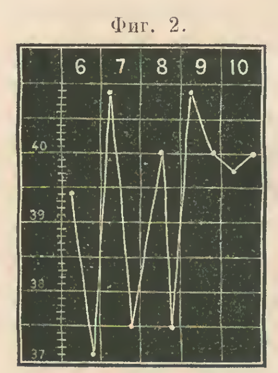
Если Henoch и нѣкоторые другіе авторы удостовѣряютъ, что при дѣтскомъ тифѣ температура уже на 1-й вечеръ достигаетъ иногда до 40,3 или на 2-й день до 41,2 (Henoch l. c. стр. 654), то это относится или къ сыпному или по крайней мѣрѣ къ абортивному тифу; у Henoch'а, напр., изъ 10 случаевъ, 9 разъ продолжительность болѣзни колебалась отъ 8 до 14 дней.

На 5-й или не позднѣе 7-го дня температура достигаетъ своей acme и стоитъ въ это время приблизительно около 40° (нѣсколько десятыхъ выше или ниже). По нашему мнѣнію никоимъ образомъ нельзя согласиться съ Wunderlich'омъ (Eigenwärme in Krankheiten, стр. 306), который говоритъ, что у дѣтей въ теченіе 1-й недѣли тифа температура достигаетъ обыкновенно очень высокихъ степеней. Второй періодъ лихорадки — фастигіумъ представляетъ кривую постоянной лихорадки правильнаго послабляющаго типа — febris continua remittens. Правильность состоитъ въ томъ, во 1-хъ, что съ замѣчательнымъ постоянствомъ пониженія температуры падаютъ на утра, а повышенія на вечера (отъ 4 до 6 часовъ), причемъ разница между ними колеблется отъ $1/2$ до цѣлаго и даже до $1\,1/2$ градуса. Вообще можно принять за правило, что чѣмъ сильнѣе тифъ, тѣмъ выше температура и тѣмъ *меньше разница между утренними и вечерними температурами.* Въ случаяхъ средней силы, кото-

рыхъ большинство, температура колеблется между 38,5—39 утромъ 39,5—40 вечеромъ и только изрѣдка, да и то не на долго, поднимается выше 40°, такъ что температура выше 40° въ теченіе нѣсколькихъ дней подъ рядъ, въ особенности по утрамъ, говоритъ уже противъ брюшнаго тифа, такъ какъ подобная лихорадка чаще встрѣчается при сыпномъ и еще чаще при возвратномъ тифѣ и при милліарномъ туберкулезѣ.

Извращенный типъ лихорадки (typus inversus), характеризующійся утренними повышеніями и вечерними пониженіями температуры, встрѣчается при тифѣ только какъ рѣдкое исключеніе, да и то большею частью подъ вліяніемъ какой-нибудь опредѣленной причины, напр., противолихорадочнаго лѣкарства, носоваго кровотеченія, пота, обильнаго поноса и проч. Если та или другая изъ этихъ причинъ повторяется нѣсколько дней подъ рядъ, то и typus inversus можетъ держаться нѣсколько дней; подобныя кривыя часто получаются, напр., при лѣченіи тифа салициловымъ натромъ, если онъ дается только въ теченіе дня, а ночью не назначается (фиг. 2) *). Во 2-хъ, правильность лихорадки состоитъ въ томъ, что кривой температуры при тифѣ совсѣмъ несвойственны быстрыя и значительныя, ничѣмъ не мотивированныя колебанія въ ту или другую сторону, какъ это часто случается, напр., при гриппѣ и туберкулезѣ; но отсюда еще не слѣдуетъ, что температура идетъ совершенно равномѣрно, напротивъ часто бываетъ, что одинъ, два, три дня температура повыше, потомъ 2—3 дня пониже, потомъ опять выше и т. д. Но колебанія эти не особенно рѣзки, такъ что не бросаются въ глаза.

Фиг. 2.



Съ половины 2 недѣли, приблизительно съ 12 дня, замѣчается болѣе глубокое паденіе утреннихъ температуръ, какъ

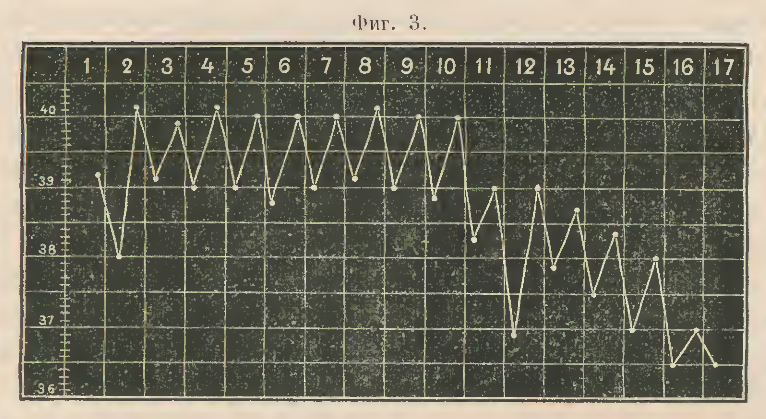
*) Дѣвочка 11 лѣтъ, умѣренной силы брюшной тифъ. Natr. salicyl. по ʒjj pro die на 6, 7, 8 и 9 дни.

выраженіе начала улучшенія или наступленія 3 го періода—*дефервесценціи.*

Брюшной тифъ всегда кончается *лизисомъ*, который въ большинствѣ случаевъ тянется 5—7 дней, рѣдко меньше 5 или дольше 10. Нѣкоторые авторы, напр., Henoch, утверждаютъ, что дѣтскій тифъ сравнительно нерѣдко кончается кризисомъ въ теченіе 24—36 часовъ; но это замѣчаніе справедливо опять таки только для сыпнаго или для абортивнаго тифа.

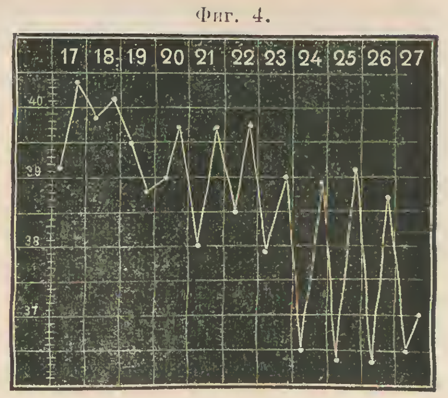
Литическое паденіе температуры при брюшномъ тифѣ совершается по двумъ типамъ; 1-й типъ фиг. 3 *), когда съ

Фиг. 3.



каждымъ днемъ замѣчается почти равномѣрное паденіе какъ утреннихъ, такъ и вечернихъ температуръ; въ подобныхъ случаяхъ лизисъ рѣдко затягивается долѣе 4 дней; это наблюдается нерѣдко также и въ абортивныхъ формахъ тифа; 2-й типъ фиг. 4 **), когда въ теченіе нѣсколькихъ дней ут-

Фиг. 4.



*) Дѣвочка 9 лѣтъ. Абортивный тифъ. Поносъ съ самаго начала до 7-го дня; опухоль селезенки на 3 день.

**) Дѣвочка 11 лѣтъ. Брюшной тифъ, умѣренной силы, осложненный бронхитомъ.

ренія температуры, постепенно понижаясь, доходятъ уже до нормы, между тѣмъ какъ вечернія продолжаютъ подыматься до 39 и даже больше, и начинаютъ постепенно спадать лишь при субнормальныхъ утреннихъ температурахъ. Въ такихъ случаяхъ дифервесценція совершается, слѣдовательно, по типу интермиттирующей лихорадки и затягивается на недѣлю или дней на 10 и даже больше, что нерѣдко наблюдается даже и въ легкихъ, ничѣмъ не осложненныхъ тифахъ, а еще чаще при осложненіи тифа бронхитомъ.

Весь лихорадочный періодъ тифа, за исключеніемъ абортивныхъ формъ, тянется отъ 18 до 25 дней, рѣдко до 4 недѣль, а если еще дольше, то только при какихъ-нибудь осложненіяхъ. Замѣчу кстати, что въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ случаевъ лихорадка затягивалась на много недѣль подъ вліяніемъ повторнаго образованія чирьевъ на различныхъ мѣстахъ тѣла (furunculosis). Замѣчательно, что чрезвычайной продолжительностью отличаются иногда въ видѣ исключенія самые легкіе и ничѣмъ не осложненные тифы (см. о легкихъ тифахъ). Въ среднемъ выводѣ можно принять для 1-го періода 4—5 дней; для 2-го—7—14 дней и для 3-го—5—7.

Изъ всего сказаннаго о свойствахъ тифозной кривой можно извлечь слѣдующія діагностическія данныя: у больнаго, вѣроятно, не брюшной тифъ:

1) Если на 1-й день болѣзни при какомъ-нибудь измѣреніи температуры получилось 40° (на 2 день вечеромъ такая температура при абортивномъ тифѣ — явленіе обыкновенное, но при обыкновенномъ, если и встрѣчается, то очень рѣдко).

2. Если между 3—6 днемъ вечерняя температура ни разу не поднималась до 39,5.

3. Если въ концѣ 1-й недѣли является значительное или прогрессивное паденіе вечернихъ и утреннихъ температуръ.

4. Если въ теченіе первыхъ 2-хъ недѣль болѣзни разница между минимальной утренней и максимальной вечерней температурами меньше 0,5 Ц., и еще болѣе если утреннія температуры выше вечернихъ.

5. Если температура по утрамъ въ теченіе нѣсколькихъ дней стоитъ выше 40 Ц.

6. Если въ періодѣ разгара болѣзни (до 12 дня) появляются ничѣмъ не мотивированныя, быстрыя и значительныя паденія или повышенія температуры.

7. Если болѣзнь кончается кризисомъ въ теченіи 24—36 часовъ.

Въ заключеніе припомнимъ слова Wunderlich'a, сказанныя имъ по поводу тифа взрослыхъ, но которыя имъ относятся также и къ дѣтскому тифу: „даже при такой типической болѣзни, какъ брюшной тифъ, нельзя установить ни одного правила, которое не допускало бы исключенія; но если въ данномъ случаѣ и встрѣтится какое нибудь отклоненіе отъ существеннаго правила, за то всѣ другія или по крайней мѣрѣ большинство все таки будутъ вполнѣ соотвѣтствовать типическому теченію“ (l. c. стр. 308).

Вторымъ весьма важнымъ для діагностики тифа симптомомъ я считаю *опухоль селезенки*. Нѣкоторые авторы, напр. Rilliet и Barthez, а изъ новыхъ Jules Simon (Conferences sur les maladies des enfants. Paris 1884. стр. 26) совершенно неосновательно не придаютъ опухоли селезенки особеннаго діагностическаго значенія, такъ какъ они часто не находили ее увеличенной. Хотя она встрѣчается далеко не при одномъ брюшномъ тифѣ, но тѣмъ не менѣе для распознаванія послѣдняго она имѣетъ громадное значеніе, такъ какъ во многихъ случаяхъ даетъ возможность отличить его съ первыхъ же дней заболѣванія отъ различныхъ простудныхъ и гастрическихъ лихорадокъ, а также отъ нѣкоторыхъ случаевъ менингита, которые по ходу температуры и по нѣкоторымъ другимъ припадкамъ могутъ быть очень на него похожи. По моему мнѣнію никоимъ образомъ нельзя согласиться съ Gerhardt'омъ, который утверждаетъ, что діагностическое значеніе опухоли селезенки не велико, такъ какъ она де увеличивается не только при тифѣ, но и при многихъ другихъ острыхъ заболѣваніяхъ (Handb. стр. 378).

Присутствіе опухоли селезенки при разныхъ другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ не можетъ быть причиной умень-

шенія цѣнности этого признака для діагностики тифа по двумъ причинамъ: во 1-хъ потому, что при тифѣ симптомъ этотъ можетъ быть констатированъ у постели больнаго почти во всѣхъ случаяхъ, тогда какъ при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ (пневмонія, рожа, гриппъ, скарлатина, корь и др.) почти никогда (если только держаться того общепринятаго взгляда, что незначительное увеличеніе селезеночной тупости не можетъ считаться безспорнымъ доказательствомъ увеличенія этого органа), а во 2-хъ потому, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ всѣ эти болѣзни при которыхъ можетъ встрѣтиться опухоль селезенки, имѣютъ такъ мало общаго съ тифомъ, что легко отличаются отъ него и помимо селезенки. Странно бы было, конечно, діагносцировать тифъ на основаніи опухоли селезенки, если тѣло больнаго покрыто скарлатинозной или оспенной сыпью, или если есть всѣ признаки крупозной пневмоніи. Что опухоль селезенки не можетъ служить для дифференціальной діагностики брюшнаго тифа отъ сыпнаго или возвратнаго, съ этимъ конечно нельзя не согласиться, (хотя нѣкоторыя точки опоры, какъ увидимъ ниже, она все-таки даетъ), но съ другой стороны вѣрно и то, что въ опухоли селезенки мы имѣемъ все-таки симптомъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ, рѣшающій вопросъ о существованіи тифозной формы заболѣванія вообще.

Какъ часто встрѣчается опухоль селезенки при брюшномъ тифѣ, мнѣнія авторовъ расходятся; нѣкоторые не находили ея даже и при вскрытіи тифозныхъ дѣтскихъ труповъ. На основаніи собственныхъ наблюденій, я могу только сказать, что при жизни существованіе опухоли селезенки можетъ быть доказано не у каждаго больного, особенно на 1-й недѣлѣ болѣзни; въ періодѣ фастигіума приблизительно въ 40% ее можно прощупать, въ 50% доказать увеличеніе селезеночной тупости и въ 10% получить въ этомъ отношеніи отрицательные результаты (у Henoch'a изъ 61 случая селезенка прощупывалась 23 раза ($37\frac{1}{2}$%), перкутировалась какъ увеличенная 31 разъ (51%) и казалась нормальной 7 разъ ($11\frac{1}{2}$%). Char.-Annal. V Jahrg.).

Въ нашихъ 45 случаяхъ, въ которыхъ на этотъ симптомъ было обращено особенное вниманіе, опухоль селезенки отмѣчена 39 разъ (87%) и въ томъ числѣ 25 разъ (50%) она прощупывалась и была нѣсколько болѣзненна.

Чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ легче удается прощупать селезенку въ случаѣ ея увеличенія; у дѣтей до 6-и мѣсяцевъ она нерѣдко ощупывается даже и въ нормальномъ состояніи. За исключеніемъ этихъ случаевъ можно принять за правило, что *если селезенка прощупывается, то стало быть она увеличена*; ошибка могла бы произойти лишь въ томъ случаѣ, еслибы селезенка оказалась смѣщенной плевритическимъ эксудатомъ; но этотъ послѣдній долженъ быть для этого столь обильнымъ, что его трудно не замѣтить. Что касается до блуждающей селезенки, которая тоже можетъ быть ощупана, не будучи увеличенной, то этотъ источникъ ошибки, можно не принимать во вниманіе, такъ какъ въ дѣтскомъ возрастѣ блуждающая селезенка по видимому *никогда* не встрѣчается. Если селезенка не прощупывается, то доказать ея увеличеніе можно только посредствомъ постукиванія, но въ такомъ случаѣ легко ошибиться и притомъ двоякимъ образомъ: во 1-хъ, можно признать нормальную селезенку увеличенной, именно въ томъ случаѣ, если сосѣднія петли кишекъ наполнены каломъ и тупой звукъ ихъ сливается съ тупымъ звукомъ селезенки; во 2-хъ, увеличенная селезенка можетъ быть прикрыта кишками, раздутыми газами, отчего тупой звукъ ея является на небольшомъ пространствѣ или даже совсѣмъ пропадаетъ, вслѣдствіе чего увеличенная селезенка можетъ быть принята за нормальную.

У здоровыхъ дѣтей верхняя граница тупаго звука селезенки начинается по задней аксилярной линіи, (гдѣ селезенка выходитъ изъ подъ легкаго) отъ 9-го ребра; (при положеніи на правомъ боку край легкаго нѣсколько опускается, а вмѣстѣ съ тѣмъ опускается и верхній край селезеночной тупости); передняя граница тупого звука селезенки, соотвѣтствующая переднему краю этого органа, лежитъ на средней аксилярной линіи, или нѣсколько заходитъ за нее,

но никогда не достигаетъ линіи, соединяющей лѣвый сосокъ съ концомъ одиннадцатаго ребра; нижняя граница тупаго звука, соотвѣтствующая нижнему краю селезенки, лежитъ по задней аксилярной линіи вблизи нижняго края реберъ и нѣсколько кзади отъ конца 11-го ребра, который лежитъ обыкновенно по средней аксилярной линіи (Sahli—Die topogr. Percus. im Kindesalter 1882. стр. 155). И такъ тупой звукъ селезенки можно считать увеличеннымъ въ томъ случаѣ, если *по задней аксилярной линіи онъ начинается выше 9-го ребра и доходитъ до 11-го*, *и если передняя граница его достигаетъ или заходитъ за линію*, *соединяющую конецъ 11-го ребра съ соскомъ*; но впрочемъ лишь въ томъ случаѣ, если тотъ-же результатъ получается въ теченіи 2—3 дней подъ рядъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ нельзя быть увѣреннымъ въ томъ, что увеличеніе селезеночной тупости не зависитъ отъ скопленія испражненій въ сосѣднихъ петляхъ кишокъ.

Само собою разумѣется, что для діагностики тифа имѣетъ значеніе только *свѣжая опухоль* селезенки, т. е. если она появилась или увеличивается на нашихъ глазахъ, или если мы наблюдаемъ ее у субъекта, который прежде завѣдомо имѣлъ нормальную селезенку. Это замѣчаніе слѣдуетъ имѣть въ виду въ особенности при изслѣдованіи дѣтей въ возрастѣ до 2-хъ лѣтъ, потому что у нихъ хроническая опухоль селезенки очень часто является результатомъ рахитизма или врожденнаго сифилиса. Такъ какъ всѣ болѣзни, оставляющія послѣ себя хроническую опухоль селезенки, ведутъ вмѣстѣ съ тѣмъ и къ упадку питанія и въ особенности къ анэміи, то можно принять за правило, что увеличенная селезенка у малокровнаго ребенка, въ особенности въ возрастѣ до 4 лѣтъ, сама по себѣ не имѣетъ для діагностики тифа значенія; въ подобныхъ случаяхъ необходимо удостовѣриться въ ея прогрессированіи. У болѣе взрослыхъ дѣтей хроническая опухоль селезенки такой величины, чтобы ее можно было прощупать, встрѣчается очень рѣдко и почти исключительно только послѣ длительнаго интермитента, который тоже ведетъ къ анэміи. Слѣдовательно, говоря вообще, опухоль селезенки у ребенка хорошаго питанія скорѣе мо-

жетъ быть признана за свѣжую, чѣмъ у малокровнаго и вообще плохо упитаннаго хвораго ребенка.

Время появленія опухоли селезенки при тифѣ подвержено большимъ колебаніямъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ она замѣтно припухаетъ еще до лихорадочнаго періода болѣзни (in stadio incubationis) и тогда прощупывается уже съ первыхъ дней заболѣванія, но въ большинствѣ случаевъ, опухоль селезенки при брюшномъ тифѣ является не ранѣе 4—6 дня. Вообще можно принять за правило, что чѣмъ быстрѣе температура достигаетъ своего acme, тѣмъ скорѣе увеличивается и селезенка, а потому въ абортивномъ, сыпномъ и возвратномъ тифахъ, селезенка прощупывается раньше, чѣмъ въ типическомъ брюшномъ. Другимъ отличительнымъ признакомъ увеличенія селезенки при брюшномъ тифѣ служитъ ея меньшая болѣзненность сравнительно съ сыпнымъ и въ особенности съ возвратнымъ тифомъ.

Опухоль селезенки исчезаетъ спустя нѣсколько дней по окончаніи лихорадки (4—7 дней). Припадки со стороны *нервной системы* при тифѣ имѣютъ тоже большое значеніе для діагностики. Всего сильнѣе они бываютъ въ концѣ 1-й и въ началѣ 2-й недѣли болѣзни, но съ 11-го и 12 дня обыкновенно ослабѣваютъ, и при томъ во многихъ случаяхъ даже и тогда, когда лихорадка продолжается съ прежней силой еще нѣсколько дней. Уже одно это обстоятельство довольно ясно указываетъ на то, что нервные симптомы при тифѣ не стоятъ въ прямой зависимости отъ повышенія температуры. Въ пользу этой независимости говоритъ еще и то, что тяжелыя нервныя явленія встрѣчаются при тифѣ при сравнительно умѣренныхъ температурахъ (40); тогда какъ, напр., при рекурентѣ или при крупозной пневмоніи ихъ не бываетъ даже и при температурѣ выше 41⁰. Въ виду подобныхъ фактовъ, на которые указываетъ также Henoch, Cadet de Gassicourt, Jules Simon и др., можно думать, что ядъ брюшнаго тифа обладаетъ свойствомъ дѣйствовать не только на температурный центръ, но и на центры сознанія и другіе, на которые ядъ возвратной горячки почти не оказываетъ вліянія.

Въ діагностическомъ отношеніи важно отмѣтить, что симптомы со стороны нервной системы не обязательны, т. е. что они могутъ *вполнѣ отсутствовать въ случаяхъ несомнѣннаго брюшнаго тифа*. Это всего чаще встрѣчается именно у дѣтей до 5-ти лѣтъ, которыя страдая тифомъ умѣренной силы, правильно протекающимъ при температурахъ 38,5—39,5, не представляютъ никакихъ нервныхъ явленій не исключая даже и головной боли; такія дѣти остаются въ кровати только потому, что ихъ не пускаютъ, но они могли бы бѣгать, они весело играютъ въ свои игрушки и сохраняютъ очень порядочный аппетитъ. Но такіе случаи составляютъ все таки меньшинство; гораздо чаще бываетъ такъ, что ребенокъ чувствуетъ слабость, почему охотно лежитъ, жалуется на легкую головную боль и бредитъ по ночамъ; головная боль никогда не бываетъ очень сильна, и черезъ нѣсколько дней обыкновенно исчезаетъ; лицо его выражаетъ спокойствіе и нѣкоторую апатію, доходящую до сонливости, изъ которой всегда легко вывести ребенка (наркотическое дѣйствіе тифознаго яда) и тогда онъ оказывается въ совершенно нормальномъ сознаніи.

Бредъ по ночамъ встрѣчается нерѣдко и обыкновенно съ конца 1-й недѣли, но бредъ днемъ и ночью и въ особенности бредъ *при открытыхъ глазахъ* наблюдается рѣдко и служитъ вѣрнымъ признакомъ тяжелаго тифа; то же значеніе имѣетъ вскакиваніе съ постели и трудно пробудимая спячка.

У маленькихъ дѣтей, по наблюденіямъ Henoch'а, бредъ замѣняется громкимъ крикомъ по ночамъ. Судороги въ теченіе тифа принадлежатъ къ исключеніямъ. Я наблюдалъ ихъ только одинъ разъ, именно у 11-и мѣсячнаго ребенка на 16 день болѣзни; случай этотъ кончился выздоровленіемъ. Къ большимъ рѣдкостямъ принадлежитъ также сведеніе затылка или конечностей у дѣтей старше 6-и лѣтъ. Припадки эти встрѣчаются только въ тяжелыхъ случаяхъ тифа, которые однако не всегда кончаются смертью. Въ періодѣ выздоровленія изрѣдка встрѣчается афазія и бредъ отъ истощенія.

Органы пищеваренія. Въ началѣ и въ легкихъ случаяхъ тифа *языкъ* не представляетъ никакихъ характерныхъ измѣненій; онъ бываетъ влаженъ и почти на всей своей поверхности покрытъ нетолстымъ бѣловатымъ слоемъ эпителія, только края и кончикъ его остаются красными. Въ большинствѣ случаевъ тифа средней силы, когда діагностика колеблется между тифомъ и возвратной горячкой, именно въ концѣ первой недѣли, свойство языка, по справедливому замѣчанію Unterberger'a (Jahrb. f. Kinderh. X B.) можетъ оказать большую услугу для распознаванія. При рекуррентѣ языкъ все время остается влажнымъ, а при высовываніи широкимъ и плоскимъ, даже и при температурахъ выше 40°, между тѣмъ какъ при брюшномъ тифѣ онъ дѣлается или очень сухимъ, такъ что даже трескается, или, въ болѣе легкихъ случаяхъ, онъ оказывается при высовываніи узкимъ, остроконечнымъ, толстымъ и нѣсколько суховатымъ; характеристично для тифа также и то, что очищеніе языка всегда начинается съ краевъ и кончика, такимъ образомъ, что на передней половинѣ языка получается красный треугольникъ, обращенный своей вершиной къ корню языка. Чернобурый налетъ на зубахъ (засохшая слизь) также какъ и на языкѣ, встрѣчается только въ тяжелыхъ случаяхъ тифа, при высокихъ температурахъ и при рѣзко выраженномъ бредѣ, спячкѣ и другихъ тифозныхъ явленіяхъ.

Аппетитъ уменьшается обыкновенно уже въ періодѣ предвѣстниковъ, но совсѣмъ пропадаетъ онъ рѣдко, такъ что въ теченіе многихъ дней ребенокъ не безъ удовольствія кормится жидкой пищей, напр., бульономъ и молокомъ. *Жажда* обыкновенно усилена; съ особенной охотой дѣти пьютъ кисловатое питье. Въ періодѣ выздоровленія, скоро по окончаніи лихорадки, у больныхъ появляется сильный голодъ, мѣшающій продолжать извѣстную діэту, столь необходимую въ первое время.

Рвоты въ началѣ брюшнаго тифа въ громадномъ большинствѣ случаевъ не бываетъ совсѣмъ, а если и бываетъ то все таки не на первый день, а чаще на 2—4-й при по-

грѣшностяхъ въ діэтѣ или послѣ лѣкарства (хининъ, касторовое масло). Отсутствіе рвоты въ началѣ болѣзни имѣетъ важное діагностическое значеніе для отличія сомнительныхъ случаевъ тифа отъ менингита.

Поносъ хотя и часто встрѣчается при тифѣ, но все таки можетъ отсутствовать до самаго конца, а когда является, то рѣдко въ началѣ болѣзни, а обыкновенно въ концѣ первой или на второй недѣлѣ. Первымъ днямъ тифа болѣе свойственъ запоръ. По статистикѣ Rilliet и Barthez'а запоръ встрѣчается приблизительно въ $^1/_4$ всѣхъ случаевъ, у Henoch'а изъ 112 случаевъ нормальный стулъ отмѣченъ 20 разъ, запоръ въ 13-и случаяхъ и поносъ въ 79-и. У меня изъ 55-и случаевъ нормальный стулъ и запоръ встрѣтились 23 раза, а поносъ 32 и при томъ съ 1-го дня болѣзни только въ двухъ случаяхъ, со 2-го и 3-го дня по 4 случая; съ 4 по 7-й день—въ 8 случаяхъ, а остальные 14 случаевъ падаютъ на вторую недѣлю. Средняя продолжительность случаевъ тифа, протекавшихъ безъ поноса была 21 день, а съ поносомъ 24 дня.

Всего чаще слѣдовательно жидкія испражненія появляются въ концѣ 1-й или въ началѣ 2-й недѣли; онѣ имѣютъ тѣже свойства, что и при тифѣ взрослыхъ, т. е. представляются въ видѣ бурой болтушки, въ родѣ гороховаго отвара и появляются отъ 2 до 5 разъ въ сутки, рѣдко больше. Продолжительность тифознаго поноса крайне непостоянна; иногда онъ останавливается черезъ 2—3 дня, тогда какъ въ другихъ случаяхъ затягивается недѣли на двѣ и больше, т. е. продолжается и по окончаніи лихорадочнаго состоянія, чаще, впрочемъ, бываетъ такъ, что одновременно затягивается и лихорадка.

Формѣ живота при брюшномъ тифѣ всѣми авторами придается довольно большое діагностическое значеніе въ смыслѣ распознаванія тифа отъ острой головной водянки; при первомъ животъ бываетъ обыкновенно умѣренно вздутъ, а при второй втянутъ. Для большинства случаевъ это, конечно, вѣрно, но діагностическое значеніе этого признака уменьшается тѣмъ, что и при тифѣ животъ не всегда бываетъ

вздутъ и даже не особенно рѣдко случается наблюдать мягкій, слегка ввалившійся животъ какъ разъ въ случаяхъ тифа съ тяжелыми мозговыми симптомами, т. е. тогда именно, когда приходится рѣшать вопросъ—тифъ это или менингитъ? Ввалившійся животъ въ подобныхъ случаяхъ комбинируется, напр., съ запоромъ, замедленнымъ и неправильнымъ пульсомъ и проч. (см. діагностику тифа отъ менингита).

Очень значительный метеоризмъ (парезъ кишокъ) при тифѣ встрѣчается рѣдко.

Запоръ въ періодѣ выздоровленія можетъ быть причиной не только метеоризма, но также сильныхъ коликъ, рвоты и значительнаго, хотя бы и кратковременнаго повышенія температуры.

Боль живота и урчаніе въ области coecum при давленіи появляются обыкновенно одновременно съ поносомъ. Схваткообразныя боли эти бываютъ не сильны и не продолжительны, а потому мало безпокоятъ больныхъ. Но кромѣ этихъ, такъ сказать кишечныхъ болей, при дѣтскомъ тифѣ часто встрѣчаются *боли живота при* малѣйшемъ на него *давленіи*. Нѣкоторые авторы, напр. Gerhardt, приписываютъ ихъ ненормальному участію брюшины въ тифозномъ процессѣ. Объясненіе это можетъ быть справедливо только для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ боль при давленіи сосредоточивается въ области слѣпой кишки или, по крайней мѣрѣ, всего сильнѣе въ этомъ мѣстѣ. Въ другихъ-же случаяхъ, составляющихъ значительное большинство, подобная боль зависитъ только отъ *гиперестезіи кожи* и сама по себѣ не представляетъ ничего серіознаго. Боль вслѣдствіе гиперестезіи кожи отличается отъ воспалительной боли тѣмъ, что появляется не только при легкомъ давленіи на животъ, но и при собираніи кожи въ складку, а также тѣмъ, что гиперестезія не ограничивается областью живота, а распространяется также на нижнюю часть грудной клѣтки и на *внутреннюю поверхность бедръ*. На гиперестезію кожи при тифѣ я желаю обратить ваше вниманіе не только потому, что симптомъ этотъ имѣетъ практическій интересъ,

но еще и по той причинѣ, что во многихъ руководствахъ объ немъ совсѣмъ не упоминается.

Со стороны *органовъ дыханія* мы не имѣемъ симптомовъ, спеціально принадлежащихъ тифу. *Носовыя кровотеченія* хотя иногда и встрѣчаются въ первые дни заболѣванія, но діагностическое значеніе ихъ не велико во 1-хъ потому, что у дѣтей они вообще довольно обыкновенны, а во 2-хъ потому, что при тифѣ они появляются не чаще, чѣмъ и при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ. Напротивъ, весьма важно отмѣтить постоянное *отсутствіе остраго насморка* въ началѣ брюшнаго тифа, такъ что если этотъ симптомъ появляется вмѣстѣ съ лихорадочнымъ состояніемъ, то онъ съ очень большой вѣроятностью исключаетъ тифъ, — обстоятельство, на которое въ практикѣ обращается слишкомъ мало вниманія, вслѣдствіе чего за тифъ принимаются многіе случаи несомнѣннаго гриппа. Что свѣжій насморкъ говоритъ противъ тифа и у взрослыхъ, объ этомъ упоминаетъ между прочимъ и Liebermeister (Ziems. Hndbch., стр. 139), который встрѣтился съ сильнымъ насморкомъ въ началѣ тифа только въ одномъ случаѣ; даже при лѣченіи тифа большими дозами іода (болѣе 200 случаевъ) по наблюденіямъ L., насморкъ являлся далеко не всегда и то лишь по окончаніи лихорадочнаго періода.

Почти постояннымъ спутникомъ тифа можно считать умѣренной силы *кашель*, вслѣдствіе катарра слизистой оболочки бронховъ; въ нашихъ 43 случаяхъ онъ отмѣченъ 33 раза, т. е. чаще даже чѣмъ поносъ; въ діагностическомъ отношеніи важно именно то обстоятельство, что кашель появляется въ большинствѣ случаевъ не съ перваго дня болѣзни, а спустя нѣсколько дней или на 2-й недѣлѣ, такъ что при опредѣленіи причины лихорадки считаться съ бронхитомъ не приходится. Какъ правило, катарръ ограничивается крупными или средними вѣтвями бронховъ и потому не вызываетъ ни одышки, ни мелкопузырчатыхъ хриповъ, ни значительнаго учащенія дыханія, ни раздуванія ноздрей. Перкуссія даетъ отрицательные результаты, а при выслушиваніи удается констатировать лишь сухіе или

влажные, крупные хрипы; кашель не мучительный и не особенно частый, кончается выдѣленіемъ необильной слизисто-гнойной мокроты. Частый, сухой кашель, при учащенномъ дыханіи (напр., болѣе 40 разъ въ минуту у ребенка старше 5-и лѣтъ) но безъ объективныхъ признаковъ сильнаго катарра совсѣмъ не свойственъ тифу и потому долженъ возбуждать подозрѣніе на острый туберкулезъ.

Въ нѣкорыхъ случаяхъ тифа катарръ бронховъ, распространяясь книзу, развивается до степени капиллярнаго бронхита и тогда можетъ на долго поддерживать лихорадку въ періодѣ выздоровленія; на основаніи своихъ наблюденій я вынесъ убѣжденіе, что самой частой причиной долго тянущагося періода деферvесценціи является именно бронхитъ. Лихорадка въ такихъ случаяхъ принимаетъ обыкновенно интермиттирующій характеръ, причемъ въ теченіе 10—14 дней температура падаетъ по утрамъ до нормы, а вечеромъ подымается до 39° и выше, не поддаваясь вліянію среднихъ дозъ (6—8 гр.) хинина.

Въ тяжелыхъ случаяхъ тифа бронхитъ даетъ поводъ къ развитію катарральной или, при слабой дѣятельности сердца, гипостатической пневмоніи. Она занимаетъ обыкновенно обѣ нижнія доли и характеризуется появленіемъ по бокамъ позвоночника, подъ лопатками, мелкопузырчатыхъ, консонирующихъ хриповъ, особенно при глубокихъ вздохахъ, далѣе бо̀льшей или меньшей степенью одышки и иногда притупленіемъ, которое, впрочемъ, бываетъ далеко не всегда рѣзко выражено. Подобныя пневмоніи хотя въ большинствѣ случаевъ и кончаются выздоровленіемъ, но болѣзнь затягивается на долго (недѣли на 4—6) и дѣти сильно истощаются, такъ какъ все время лихорадятъ. Лобарная пневмонія въ самомъ началѣ тифа (pneumono-typhus) принадлежитъ къ весьма рѣдкимъ исключеніямъ и въ числѣ нашихъ случаевъ не встрѣтилась ни разу.

Точно также не приходилось намъ видѣть у дѣтей и тифознаго *пораженія гортани*.

Пульсъ при тифѣ хотя бываетъ и чаще нормальнаго, но сравнительно съ температурой въ большинствѣ случаевъ

онъ оказывается нѣсколько замедленнымъ, такъ что при 39°, напр., онъ держится около 90—100 ударовъ. Фактъ этотъ наблюдается и у взрослыхъ и объясняется онъ свойствомъ тифознаго яда дѣйствовать раздражающимъ образомъ на задерживающіе аппараты сердца. Чѣмъ старше ребенокъ, тѣмъ рельефнѣе выступаетъ это вліяніе тифознаго яда на сердце; у дѣтей до 3—4 лѣтъ замедленія пульса обыкновенно не замѣчается. Часто мы не находили его и въ тяжелыхъ формахъ тифа, когда пульсъ бываетъ малъ, очень часто и легко исчезаетъ подъ пальцемъ — признакъ ослабленной дѣятельности сердца. Въ періодѣ выздоровленія съ окончаніемъ лихорадки пульсъ приходитъ къ нормѣ, но въ тяжелыхъ случаяхъ онъ остается учащеннымъ еще нѣсколько дней. Замедленный и неправильный пульсъ въ періодѣ выздоровленія встрѣчается иногда послѣ быстраго окончанія лихорадки, что чаще наблюдается при сыпномъ тифѣ или въ абортивныхъ формахъ. Иногда случается, что замедленный и неправильный пульсъ является въ самомъ разгарѣ болѣзни, т. е. еще за долго до окончанія лихорадочнаго періода. Интересный обращикъ такого пульса приводитъ Cadet de Gassicourt: 14-и лѣтній мальчикъ, захворавшій тифомъ умѣренной силы, съ 12-го дня болѣзни сталъ представлять замедленный и неправильный пульсъ; при t° выше 39°, пульсъ былъ только 56. На 17-й день болѣзни t° была уже нормальна, а пульсъ оставался замедленнымъ (48 ударовъ) и неправильнымъ до 21-го дня болѣзни. На 24-й день послѣдовалъ рецидивъ тифа, на 6-й день котораго, при t° отъ 39 до 40 пульсъ былъ только 72 съ 20-ю перебоями въ минуту. На слѣдующій день пульсъ — 60 и тоже около 20 перебоевъ; желая сѣсть въ кровати, ребенокъ упалъ въ обморокъ. Еще черезъ день лихорадка кончилась, но замедленный пульсъ оставался еще дней 10. Въ данномъ случаѣ діагностика тифа была не трудна, потому, что всѣ другіе симптомы тифа были выражены рѣзко и сознаніе было сохранено, но, понятно, что при другихъ условіяхъ подобный пульсъ можетъ навести врача на мысль о туберкулезномъ менингитѣ.

Изъ *сыпныхъ* процессовъ для тифа характеристична только такъ называемая тифозная *roseola*, являющаяся въ видѣ блѣдно-розовыхъ, слегка возвышенныхъ, величиной отъ булавочной головки до чечевицы пятнышекъ, исчезающихъ отъ давленія пальцемъ; мелкія пятнышки круглой формы и возвышаются какъ папула, болѣе крупныя—неправильно овальной формы и плоски. Любимое ихъ мѣсто—туловище, именно животъ, нижняя часть грудной клѣтки и спина, а въ исключительныхъ случаяхъ онѣ появляются и на конечностяхъ, но не на лицѣ, что встрѣчается только при сыпномъ тифѣ. При брюшномъ тифѣ сыпь рѣдко бываетъ обильна и тогда высыпаетъ не съ разу, а въ теченіе 2—4 дней отдѣльными высыпями, большею же частью сыпь эта мало замѣтна, такъ что въ нѣкоторыхъ случаяхъ удается насчитать всего штукъ 5—10 пятнышекъ. Не особенно рѣдко встрѣчаются и такіе случаи брюшнаго тифа, въ которыхъ roseola совсѣмъ не высыпаетъ. Всего чаще появляется она въ началѣ 2-й недѣли (7—9—11 день) и держится отъ одного до четырехъ дней, а при повторныхъ высыпяхъ и дольше. Петехіи брюшному тифу не свойственны, а если иногда показываются, то только при осложненіи тифа кровоточивымъ діатезомъ и тогда происходятъ обильныя кровотеченія подъ кожу и изъ слизистыхъ оболочекъ, какъ, напр., въ случаѣ Henoch'а (стр. 662 его руководства) и Снѣжкова (Мед. Обозр. Т. XV. стр. 175).

Изъ другихъ сыпныхъ процессовъ слѣдуетъ упомянуть еще о *потовой сыпи* — sudamina, изрѣдка встрѣчающейся въ періодѣ выздоровленія. Что касается до *herpes'a*, то появленіе его на лицѣ въ теченіе первыхъ дней какого-либо лихорадочнаго состоянія говоритъ рѣшительно противъ тифа; я лично не встрѣчалъ его при этой болѣзни ни разу и думаю, что Gerhardt напрасно умаляетъ діагностическое значеніе этого симптома.

Вообще кожа въ первую половину болѣзни отличается сухостью, такъ что потъ не легко вызвать даже и искусственными мѣрами.

Моча при тифѣ ничего особеннаго не представляетъ; она

темна, прозрачна, высокаго удѣльнаго вѣса, богата мочевиной и бѣдна хлоридами, количество ея во время лихорадочнаго періода уменьшено; альбуминурія встрѣчается рѣдко и не имѣетъ никакого значенія для предсказанія.

Изъ органовъ чувствъ часто поражается слухъ; больные плохо слышатъ какъ въ разгарѣ болѣзни, такъ и въ первые дни по окончаніи лихорадки.

Для діагностики тифа имѣетъ значеніе также и habitus больнаго: покраснѣвшее, слегка одутловатое лицо, инъецированные глаза, сонливое или апатичное, безъучастное выраженіе, суховатый, узкій, на кончикѣ красный языкъ и положеніе на спинѣ — вотъ обычный видъ больнаго при средней силѣ тифа. Въ тяжелыхъ случаяхъ лицо дѣлается блѣднымъ и выражаетъ большую слабость. Вообще говоря, по лицу и глазамъ можно хорошо судить о состояніи силъ больнаго.

Продолжительность и теченіе.

Брюшной тифъ принадлежитъ къ числу болѣзней, которыя не начинаются внезапно, и потому своимъ началомъ онъ не пугаетъ матерей, чѣмъ рѣзко отличается отъ сыпнаго тифа и въ особенности отъ возвратнаго.

Можно принять за правило, что брюшной тифъ всегда начинается съ *предвѣстниковъ*. Ребенокъ теряетъ веселость и живость, любитъ прилечь и не во время заснуть, между тѣмъ какъ ночью спитъ не покойно, часто ворочается и просыпается; онъ теряетъ аппетитъ и блѣднѣетъ, почти всегда страдаетъ запоромъ, часто жалуется на легкую головную боль и т. д. Словомъ, ребенку нездоровится, но что именно съ нимъ — никто, конечно, сказать еще не можетъ. Этотъ періодъ неопредѣленнаго нездоровья тянется 5—7 и больше дней, пока не уступитъ мѣсто постоянному лихорадочному состоянію съ утренними послабленіями и вечерними ожесточеніями. Что касается до хода температуры въ періодѣ предвѣстниковъ, то на этотъ счетъ мы не имѣемъ достаточныхъ свѣдѣній, такъ какъ въ этомъ періодѣ боль-

ные рѣдко попадаютъ на руки врача. Если судить на основаніи собственныхъ хотя и скудныхъ наблюденій, то температура въ этомъ періодѣ почти никогда не бываетъ совсѣмъ нормальна, а колеблется приблизительно отъ 37,5 до 38,2 въ теченіе нѣсколькихъ дней. Вотъ, напр., ходъ t^0ы съ 1 дня недомоганія: 1-й день 38,1; 2) 37,9—37,8; слабительное; 3) 37,5—38,2, 4) 37,6—37,8; хининъ 10 гр ; 5) 37,6—38 Селезенка уже прощупывается. По Jules Simon'у (l. c. T. II стр. 8) температура въ періодѣ предвѣстниковъ тифа подвергается большимъ и совершенно неправильнымъ колебаніямъ, такъ что, напр., въ 5 часовъ дня она подымается до 39,5 и выше, а часовъ въ 11 вечера падаетъ почти до нормы и т. п.

Въ діагностическомъ отношеніи слѣдуетъ имѣть въ виду почти постоянное отсутствіе въ періодѣ предвѣстниковъ какихъ-бы то ни было мѣстныхъ припадковъ, особенно свѣжаго насморка и кашля. Странное исключеніе составляетъ только torticolis, которая, можетъ быть какъ чистая случайность, встрѣтилась мнѣ въ началѣ двухъ случаевъ тифа. Въ одномъ изъ нихъ, у дѣвочки 5 лѣтъ, torticolis исчезала по утрамъ и появлялась около 4 часовъ вмѣстѣ съ повышеніемъ температуры. Хининъ и салицил. натръ остались безъ вліянія на этотъ симптомъ, исчезнувшій къ концу недѣли.

Такъ какъ переходъ періода предвѣстниковъ въ періодъ постоянной лихорадки совершается постепенно, и такъ какъ притомъ родители не имѣютъ обыкновенія прибѣгать къ правильному измѣренію t^0ы, то опредѣлить начало тифа удается лишь приблизительно. Во всякомъ случаѣ однако для діагностики очень важно констатировать наличность періода предвѣстниковъ, т. е. постепенное начало болѣзни, потому что разъ вы узнали, что ребенокъ прежде, чѣмъ слегъ въ постель, нѣсколько дней расхварывался, то вы можете ужъ исключить многія изъ болѣзней, характеризующихся внезапнымъ началомъ, каковы, напр., оспа, скарлатина, рекуррентъ и нѣкоторыя другія, а слѣдовательно дифференціальная діагностика дѣлается легче.

По окончаніи періода предвѣстниковъ, лихорадочное со-

стоянiе дѣлается постояннымъ и усиливаясь съ каждымъ днемъ, къ концу недѣли достигаетъ своего maximum'а (около 40°). Ребенокъ все время жалуется на головную боль, главнымъ образомъ во лбу, и на слабость, такъ что самъ просится въ постель; онъ сонливъ днемъ, но непокоенъ ночью; языкъ, въ началѣ покрытый бѣлымъ слоемъ, къ концу недѣли нѣсколько высыхаетъ и очищается съ краевъ; животъ немного вздувается, но еще мягокъ и сначала безболѣзненъ; къ концу 1-й недѣли появляется бредъ по ночамъ и тифозный habitus, а также легкiй поносъ, опухоль селезенки и болѣзненность въ области ileo-coecum и наконецъ roseola. На 11 и 12 день больному дѣлается лучше: лицо теряетъ апатичное выраженiе и дѣлается бодрѣе, языкъ въ одну ночь изъ сухаго дѣлается влажнымъ, бредъ уменьшается, нерѣдко больной просится сидѣть, лихорадочное состоянiе тоже нѣсколько понижается, но только пониженiе это обыкновенно не соотвѣтствуетъ улучшенiю другихъ припадковъ, въ особенности со стороны нервной системы и общаго состоянiя. Въ теченiе слѣдующихъ дней улучшенiе идетъ медленно, но прогрессивно и къ концу 3 недѣли температура лизисомъ спускается до нормы въ теченiе 5—7 дней. Выздоровленiе послѣ неосложненнаго тифа идетъ очень быстро, такъ что черезъ недѣлю послѣ окончанiя лихорадки больнаго уже трудно удержать въ постели. Недѣли черезъ двѣ начинается шелушенiе кожицы и выпаденiе волосъ, которое не можетъ быть предотвращено ни стрижкой, ни бритьемъ, что, впрочемъ, вовсе не важно, такъ какъ новые волоса нерѣдко выростаютъ гуще прежнихъ.

Тяжелый тифъ. Въ нѣмецкихъ руководствахъ очень распространено ученiе Liebermeister'а, по которому всѣ тяжелые симптомы тифа зависятъ отъ лихорадки и что опасность, грозящая тифику прямо пропорцiональна высотѣ температуры. Взглядъ этотъ, неосновательность котораго достаточно выяснена между прочимъ проф. Боткинымъ въ послѣднемъ выпускѣ его клиническихъ лекцiй, по отношенiю къ дѣтскому тифу рѣшительно оспаривается Henoch'омъ и въ особенности Cadet de Gassicourt'омъ въ его Traité

clin. d. maladies de l'enfance T. II, стр. 515 и слѣд. Дѣйствительно каждому безпристрастному человѣку, наблюдавшему большое число лихорадочныхъ больныхъ, покажется страннымъ или даже совсѣмъ невѣроятнымъ, какимъ образомъ могло такъ прочно укорениться ученіе о зависимости тяжелыхъ тифозныхъ симптомовъ отъ высоты температуры, когда исключенія изъ этого правила встрѣчаются чуть не ежедневно. Сравните напр. состояніе больныхъ въ концѣ 1-й недѣли при сыпномъ тифѣ и рекуррентѣ, когда у обоихъ температура за 40°. Первый будетъ имѣть видъ тяжело больнаго, у него фулигинозный языкъ, сильный бредъ, спячка и проч., между тѣмъ какъ рекуррентикъ при такой температурѣ будетъ бодръ и веселъ и можетъ быть не потеряетъ даже и аппетита. Еще рѣзче будетъ разница въ первые дни между рекуррентомъ и крупозной пневмоніей съ одной стороны и между оспой и скарлатиной съ другой. Первые двое отлично перенесутъ 41 и даже 42°, тогда какъ оспа и скарлатина могутъ убить ребенка въ 2—3 дня. Что касается дѣтскаго тифа, то и здѣсь мы видимъ многочисленные примѣры, опровергающіе ученіе Liebermeister'а. Очень часто случается видѣть легкое теченіе тифа несмотря на высокія температуры и на оборотъ — тяжелое теченіе при температурахъ умѣренныхъ. Дѣло въ томъ, что ядъ каждой изъ инфектіозныхъ болѣзней обладаетъ тѣмъ общимъ свойствомъ, что онъ вліяетъ какимъ то образомъ на температурный центръ и вызываетъ лихорадку, но помимо того, у каждаго яда есть еще и другія свойства; ядъ оспы, напр., вызываетъ пустулезную сыпь на кожѣ и въ большинствѣ случаевъ бываетъ такъ, что чѣмъ опаснѣе болѣзнь, тѣмъ обильнѣе сыпь и выше лихорадка, и тѣмъ не менѣе никто же не станетъ утверждать что сыпь и лихорадка стоятъ между собой въ причинной зависимости; то же мы видимъ и въ кори, и въ скарлатинѣ, и въ тифѣ. Тифозный ядъ вызываетъ не одну лишь лихорадку, но также паренхиматозныя измѣненія внутреннихъ органовъ, опухоль брыжеечныхъ и Пейеровыхъ железъ, нарушаетъ дѣятельность нервной системы и сердца и т. д. и притомъ наблюденіе показываетъ, что

иногда всѣ эти свойства тифознаго яда оказываются пропорціональными другъ другу и тогда тяжелые припадки со стороны нервной системы появляются при очень высокихъ температурахъ, при слабомъ пульсѣ, при обильномъ поносѣ и проч., въ другихъ случаяхъ напротивъ сильнѣе выражается то или другое свойство яда, такъ что если преобладаетъ, напр., вліяніе на температурный центръ, а дѣйствіе на общее чувствилище слабо, то у больнаго будетъ высокая лихорадка при ничтожномъ бредѣ и при хорошемъ пульсѣ (какъ это обыкновенно встрѣчается въ рекуррентѣ), если же сильнѣе выражено свойство яда дѣйствовать на кору мозга, то появятся тяжелые нервные симптомы при умѣренной лихорадкѣ и т. п. Аналогичное явленіе мы видимъ и въ оспѣ и во всѣхъ другихъ острыхъ инфектіозныхъ болѣзняхъ: количество сыпи, напр., въ сыпныхъ горячкахъ далеко не всегда соотвѣтствуетъ силѣ лихорадки и опасности болѣзни.

Выводъ изъ всего сказаннаго будетъ тотъ, что хотя тяжелый тифъ и часто протекаетъ при сравнительно высокихъ температурахъ, но подобная лихорадка, во 1-хъ, не обязательна; во 2-хъ, такая же высокая лихорадка встрѣчается и при легкомъ тифѣ. Скорѣе ужъ можно считать за характеристичный признакъ (но все-таки не за причину) тяжелаго тифа *постоянство* высокихъ температуръ въ теченіе цѣлыхъ сутокъ. Изъ другихъ симптомовъ тяжелаго тифа я укажу на слѣдующіе: 1) очень сухой или даже фулигинозный языкъ и зубы; 2) блѣдное лицо; 3) непроизвольное или безсознательное испражненіе кала и мочи; 4) очень частый, слабый пульсъ и другія явленія указывающія на упадокъ дѣятельности сердца, каковы, напр.: похолоданіе конечностей и носа, легкій ціанозъ, гипостазъ въ легкихъ; 5) различныя осложненія со стороны груди, живота и нервной системы. Къ числу послѣднихъ относится между прочимъ интересное явленіе, наступающее иногда на высотѣ болѣзни и которое Liebermeister обозначаетъ названіемъ „раздраженіе мозга съ подавленіемъ (depression) температуры“. Онъ описываетъ это явленіе такъ: приблизительно

въ срединѣ 2-й недѣли, у больнаго, который до тѣхъ поръ сильно лихорадилъ и представлялъ обычныя для тифа разстройства мозговой функціи, нервныя явленія внезапно принимаютъ необыкновенный характеръ и выступаютъ симптомы, напоминающіе meningitis: сильная головная боль, сведеніе затылка, сонливость, полуоткрытые глаза, которые иногда косятъ и представляютъ неравномѣрное расширеніе зрачковъ, быстрая перемѣна цвѣта лица, которое то блѣднѣетъ, то покрывается красными пятнами или въ замѣнъ этихъ припадковъ развивается душевное разстройство маніакальнаго или меланхолическаго характера.

Въ довершеніе сходства съ менингитомъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже и температура страннымъ образомъ во все время существованія этихъ необычныхъ симптомовъ падаетъ какъ и при туберкулезномъ менингитѣ и колеблется между 37—38 или даже между 36—39. Въ благопріятныхъ случаяхъ черезъ нѣсколько дней или недѣль мозговыя явленія исчезаютъ, t^0 опять подымается и болѣзнь принимаетъ нормальное теченіе; при неблагопріятномъ исходѣ больной впадаетъ въ коматозное состояніе, изъ котораго не выходитъ до самой смерти. L. наблюдалъ около 10-ти подобныхъ случаевъ (у взрослыхъ). Это были все тяжелые случаи и онъ объясняетъ ихъ раздраженіемъ мозговыхъ центровъ высокой температурой. (Ziemssen's Hndbch. II, стр. 185). Въ дѣтской практикѣ мнѣ встрѣтился только одинъ подобный случай, діагносцированный при жизни какъ брюшной тифъ осложненный острой головной водянкой (см. объ осложненіяхъ). Объясненіе L. къ нашему случаю не подходитъ, такъ какъ t^0 все время была очень умѣренная.

Что касается до теченія тяжелаго тифа, то онъ развивается или постепенно изъ тифа средней силы или является тяжелымъ ужъ съ самаго начала и въ такомъ случаѣ послѣ короткаго періода предвѣстниковъ, температура довольно скоро подымается до 40^0 и больше при сильной головной боли и рвотѣ и къ концу недѣли ребенокъ теряетъ сознаніе и лежитъ почти въ постоянномъ бреду, иногда съ открытыми глазами и съ сведеннымъ затылкомъ.

На вопросы ребенокъ не отвѣчаетъ совсѣмъ, но вслѣдствіе чрезмѣрной гиперестезіи кожи сильно вскрикиваетъ при щипаніи кожи и громко стонетъ во время изслѣдованія. Бредъ носитъ иногда буйный характеръ: ребенокъ вскакиваетъ съ постели и хочетъ бѣжать (атаксическая форма) или очень скоро впадаетъ въ состояніе полнаго упадка силъ (адинамическая форма). Языкъ съ первыхъ же дней дѣлается сухимъ, а къ концу недѣли покрывается какъ и зубы черной, засохшей слизью. Смерть наступаетъ обыкновенно въ состояніи полной простраціи на 9—13 день. При не рѣдкомъ исходѣ въ выздоровленіе сцена мѣняется быстро; обыкновенно въ срединѣ или въ концѣ 2-й недѣли, послѣ порядочно проведенной ночи, ребенокъ просыпается какъ бы перерожденнымъ: сознаніе возвращается, языкъ дѣлается влажнѣе, пульсъ подымается и т. д., но это не кризисъ, такъ какъ температура остается почти на прежней высотѣ. Выздоровленіе послѣ тяжелаго тифа въ громадномъ большинствѣ случаевъ задерживается какими нибудь осложненіями (всего чаще поносомъ, капиллярнымъ бронхитомъ съ пневмоніей или безъ нея, пролежнями и чирьями), такъ что въ концѣ концовъ ребенокъ впадаетъ въ сильное истощеніе и худѣетъ, какъ говорится, до скелета. Характерна также долго остающаяся глухота и вялая умственная дѣятельность, не покидающая больнаго подобно мышечной слабости недѣль 5 или 6.

Смертельный исходъ можетъ наступить или ужъ въ концѣ 1-й недѣли, и въ такомъ случаѣ t^0 упорно держится выше 40^0 даже и утромъ, и періодъ возбужденія, бреда и подергиванія сухожилій скоро смѣняется комой, или въ періодѣ ослабленія болѣзни отъ осложненій, всего чаще именно со стороны легкихъ и очень рѣдко, только въ исключительныхъ случаяхъ отъ прободенія кишекъ, перитонита или кишечнаго кровотеченія.

Средняя продолжительность брюшнаго тифа у дѣтей считается въ 3 недѣли. Въ моихъ 54-хъ случаяхъ тифа безъ тяжелыхъ осложненій, въ которыхъ продолжительность болѣзни можно было опредѣлить съ большей или меньшей

вѣроятностью, тифъ тянулся 13—14 дней—24 раза; отъ 14 до 21 дня—17 разъ, отъ 3 до 4 недѣль—10 разъ и дольше 4-хъ недѣль — 3 раза. Замѣчу кстати, что въ одномъ изъ послѣднихъ случаевъ интермиттирующій типъ лихорадки въ теченіе 13-и дней, а въ другомъ въ теченіе 17-и (утромъ 37,5 и ниже, а вечеромъ 39 до 40), поддерживался, повидимому, только незначительнымъ (во всякомъ случаѣ не капиллярнымъ) бронхитомъ; хининъ до 10 гр. pro die не оказывалъ замѣтнаго дѣйствія на такую лихорадку.

Смотря по продолжительности лихорадочнаго періода и по степени развитія припадковъ, въ особенности со стороны нервной системы, принято различать нѣсколько формъ тифа, именно легкій, средній и тяжелый. Тифъ можетъ протекать при рѣзко выраженныхъ нервныхъ явленіяхъ и всетаки оказаться легкимъ, если, напр., онъ оканчивается раньше средней нормы, которую можно считать отъ $2^1/_2$—$3^1/_2$ недѣль; такія формы извѣстны подъ именемъ абортивнаго тифа — *t. abortivus*; въ другихъ случаяхъ, напротивъ, хотя тифъ тянется, можетъ быть, и дольше трехъ недѣль, но онъ все-таки относится къ легкимъ, такъ какъ сопровождается незначительной лихорадкой и слабо выраженными другими симптомами — это *t. laevis*, легкій тифъ; наконецъ не мало встрѣчается и такихъ случаевъ, которые и кончаются раньше нормальнаго срока и протекаютъ легко, это—абортивно легкій тифъ—*t. laevis abortivus*.

Абортивные и легкіе тифы.

Абортивный тифъ встрѣчается въ двухъ формахъ. Случаи первой группы отличаются отъ нормальнаго тифа легкой или средней силы только своимъ болѣе короткимъ теченіемъ, такъ какъ вмѣсто 3-хъ недѣль кончается въ 12—16 дней. Эта сравнительная короткость теченія зависитъ отъ укорачиванія всѣхъ трехъ періодовъ лихорадки, такъ что, напр., лизисъ совершается въ 3, много въ 4 сутокъ. Подобнаго рода абортивные тифы обыкновенно бываютъ въ то же время и легкими тифами, такъ какъ при нихъ ча-

сто не бываетъ патологическихъ явленій со стороны нервной системы, хотя лихорадка можетъ достигать высокихъ цифръ; въ другихъ случаяхъ, впрочемъ, и повышеніе t⁰ оказывается незначительнымъ. Какъ примѣръ подобной формы абортивно-легкаго тифа, я приведу слѣдующій случай, особенно типичный въ виду того, что мальчикъ, о которомъ идетъ рѣчь, за нѣсколько дней до своей болѣзни потерялъ отъ тяжелаго тифа двухъ своихъ братьевъ и потому еще задолго до заболѣванія находился подъ постояннымъ контролемъ термометра, чтобъ можно было, по выраженію матери, „захватить болѣзнь въ самомъ началѣ".

Мальчикъ 6-и лѣтъ, заболѣлъ головной болью 9-го ноября къ вечеру; дня 3 передъ тѣмъ онъ былъ скученъ и мало ѣлъ, хотя не лихорадилъ; t⁰ 38,7. 10-го (2-й день), его разъ вырвало; слабость; потеря аппетита; 38,7—39,5; запоръ. 3-й день: 39,3—40; селезенка уже прощупывается; было одно твердое испражненіе; языкъ *влаженъ*, животъ мягокъ, не вздутъ; печень прощупывается; кашля и бреда нѣтъ; сознаніе вполнѣ сохранено. Пульсъ—120. 4-й д. общее состояніе очень хорошо, спалъ безъ бреда; одинъ стулъ 38,8—40. 5-й д. безъ перемѣнъ. 39,1—39,4. Вечеромъ легкая испарина. 6-й д. 38.7—39,5. *Больной сидитъ въ кровати въ веселомъ настроеніи духа*, каковое и оставалось у него до конца болѣзни. 7-й д. 38,2—38,7. На животѣ и нижней части груди разбросанныя пятнышки roseolae. Дальше температура очень постепенно стала падать и на 17-й день сдѣлалась нормальной: 8. 37,8—39; 9. 37,7—39; 10. 38 — 38,4; 11-й д. 37,6—38,3; 12-й д. 37,6—38,5; 13-й д. 37,5—38,4; 14-й д. 37,3—38,3; 15-й д. 36,8—38,3; 16-й д. 37—38,2: 17-й д. 37—37,3

Что въ этомъ случаѣ мы имѣли дѣло дѣйствительно съ брюшнымъ тифомъ, въ томъ не можетъ быть сомнѣнія, такъ какъ помимо того, что больной жилъ въ тифозномъ домѣ, онъ представлялъ всѣ кардинальные симптомы тифа, какъ, напр., характеристичную кривую лихорадки съ трехъ-дневнымъ періодомъ incrementi и съ 8-и дневнымъ лизисомъ, большую, свѣжую опухоль селезенки и тифозную roseolam; здѣсь не было только поноса, но онъ не обязателенъ даже и для тяжелаго тифа.

Опредѣлить наименьшую продолжительность абортивно-легкаго тифа крайне трудно, такъ какъ если при діагностикѣ тифа вообще руководствоваться не симптомами только, но главнымъ образомъ и этіологическими условіями подъ вліяніемъ которыхъ заболѣлъ данный субъектъ, то придется

согласиться съ проф. Боткинымъ, что неопредѣленныя заболѣванія, служащія выраженіемъ тифозной инфекціи, могутъ продолжаться иногда всего лишь нѣсколько часовъ.

Къ 2-й группѣ абортивныхъ тифовъ относятся случаи, характеризующіеся болѣе или менѣе бурнымъ теченіемъ, причемъ короткая продолжительность обусловливается главнымъ образомъ укорочиваніемъ 1-го и 3-го періодовъ лихорадки, т. е. въ началѣ температура быстрѣе достигаетъ своего acme, напр., уже на второй день она слишкомъ выше 40°, а въ концѣ гораздо круче падаетъ до нормы, большею частью въ 60—72 часа, а иногда лихорадка кончается даже настоящимъ кризисомъ въ теченіи 24 — 36 часовъ. Такое теченіе лихорадки, какъ увидимъ ниже, свойственно сыпному тифу и сходство въ этомъ отношеніи между абортивнымъ и сыпнымъ тифами такъ велико, что я лично склоненъ предполагать, что большинство подобнаго рода абортивныхъ формъ относится не къ брюшному, а къ сыпному тифу, тѣмъ болѣе, что сходство не ограничивается однимъ лишь окончаніемъ лихорадки, но замѣчается и въ другихъ направленіяхъ, напр., въ частомъ отсутствіи періода предвѣстниковъ и поноса (изъ 49-и относящихся сюда случаевъ съ поносомъ, протекали только 14, а безъ него 35) въ сильно выраженныхъ нервныхъ симптомахъ и въ средней продолжительности болѣзни, равнявшейся въ нашихъ 49 случаяхъ $12^1/_2$ суткамъ. Правда, во всѣхъ этихъ случаяхъ не было обильной тифозной розеолы, не рѣдко она даже совсѣмъ не появлялась, но это обстоятельство ничего не доказываетъ, такъ какъ извѣстно, что и несомнѣнные случаи сыпнаго тифа (несомнѣнные по своей этіологіи) могутъ тоже протекать безъ сыпи (смотри сыпной тифъ). Между случаями абортивнаго тифа первой группы и случаями второй группы, существуютъ, конечно, всевозможныя переходныя формы, изъ которыхъ одни больше похожи на брюшной тифъ, а другія на сыпной или на тотъ и на другой вмѣстѣ, такъ, напр., у больнаго при раннемъ появленіи сыпи и при короткости лихорадочнаго періода (признаки, говорящіе за сыпной тифъ) сыпь можетъ

оказаться слишкомъ ничтожной, появляется поносъ и дефервесценція идетъ медленно (какъ въ брюшномъ); въ другомъ случаѣ наоборотъ: сыпь хотя и обильна, но поздно является, у больнаго притомъ поносъ, словомъ можно бы думать на брюшной тифъ, а между тѣмъ на 11—13-й день болѣзнь вдругъ кончается кризисомъ въ теченіе 24—36 часовъ. У третьихъ нѣтъ ни поноса, ни сыпи, болѣзнь затягивается до 18-го дня, а между тѣмъ все-таки кончается несомнѣннымъ кризисомъ и т. п.; однимъ словомъ, *абортивный тифъ вообще не допускаетъ точной діагностики, такъ какъ къ нему относятся какъ случаи сыпнаго, такъ и брюшнаго тифа, но только въ недоразвитыхъ своихъ формахъ.* Діагностика возможна лишь при существованіи извѣстныхъ этіологическихъ моментовъ, когда, напр., въ данной семьѣ или домѣ уже были случаи заболѣванія несомнѣнными формами того или другого тифа. Практическій выводъ будетъ отсюда тотъ, что хотя заразительность брюшнаго тифа и не доказана, но абортивныя формы могутъ при случаѣ оказаться заразительными, такъ какъ сыпной тифъ заразителенъ во всѣхъ своихъ степеняхъ.

Легкій тифъ въ тѣсномъ смыслѣ слова, т. е. тифъ протекающій при ничтожныхъ нервныхъ явленіяхъ, можетъ сопровождаться или довольно высокими температурами, т. е. такими какъ и тифъ средней силы или сравнительно низкими, напр., въ періодѣ фастигіума не выше 38,5 по вечерамъ. Вопросъ о томъ, можетъ-ли тифъ протекать совсѣмъ безъ лихорадки, нѣкоторыми авторами рѣшается въ утвердительномъ смыслѣ. По статистикѣ Liebermeister'а напр., въ Basel'ской клиникѣ въ 1869 г. было 206 случаевъ болѣе или менѣе выраженнаго тифа, 29 случ. лихорадочнаго катарра и 139 случ. безлихорадочнаго катарра, и изъ числа послѣднихъ довольно значительная часть должна быть сведена на тифозную инфекцію, а въ 1870 г. на 161 случай тифа было 111 случаевъ безлихорадочнаго катарра. У многихъ изъ числа послѣднихъ была замѣтная опухоль селезенки или тифозная roseola при неправильномъ стулѣ—то былъ поносъ, то запоръ. Общимъ призна-

Фиг. 5.

комъ относящихся сюда случаевъ было относительно тяжелое пораженіе общаго состоянія въ видѣ большой слабости, вялаго вида, головной боли, потери аппетита и обложеннаго языка; замѣчательно также долгая продолжительность нездоровья: многіе изъ больныхъ оставались въ постели недѣли 4 и больше. Нѣкоторые изъ случаевъ отличались еще тою особенностью, что представляли замедленный пульсъ, 48 до 60 ударовъ.

Изъ числа своихъ наблюденій я могу привести только одинъ случай несомнѣннаго брюшнаго тифа, протекавшаго почти безъ лихорадки, а также безъ поноса и безъ симптомовъ со стороны нервной системы, но съ незначительной опухолью селезенки. Діагностика здѣсь подтверждалась этіологіей: случай относится къ гимназисту 12 лѣтъ, у котораго почти одновременно съ нимъ хворали тифомъ сестра и мать.

Измѣреніе температуры было начато здѣсь съ перваго дня недомоганія. Болѣзнь началась какъ бы съ періода предвѣстниковъ и въ такомъ видѣ осталась до конца, т. е. въ теченіе 6 недѣль. Больной жаловался на слабость, легкую головную боль, не совсѣмъ покойно спалъ и совсѣмъ не могъ заниматься, во 1-хъ, потому что „ничего не остается въ головѣ", какъ онъ говорилъ, а во 2-хъ, потому, что при занятіяхъ сильнѣе разбаливалась голова. Аппетитъ пропалъ, появилась наклонность къ запору, лицо поблѣднѣло; никакихъ другихъ субъективныхъ жалобъ не было во все время

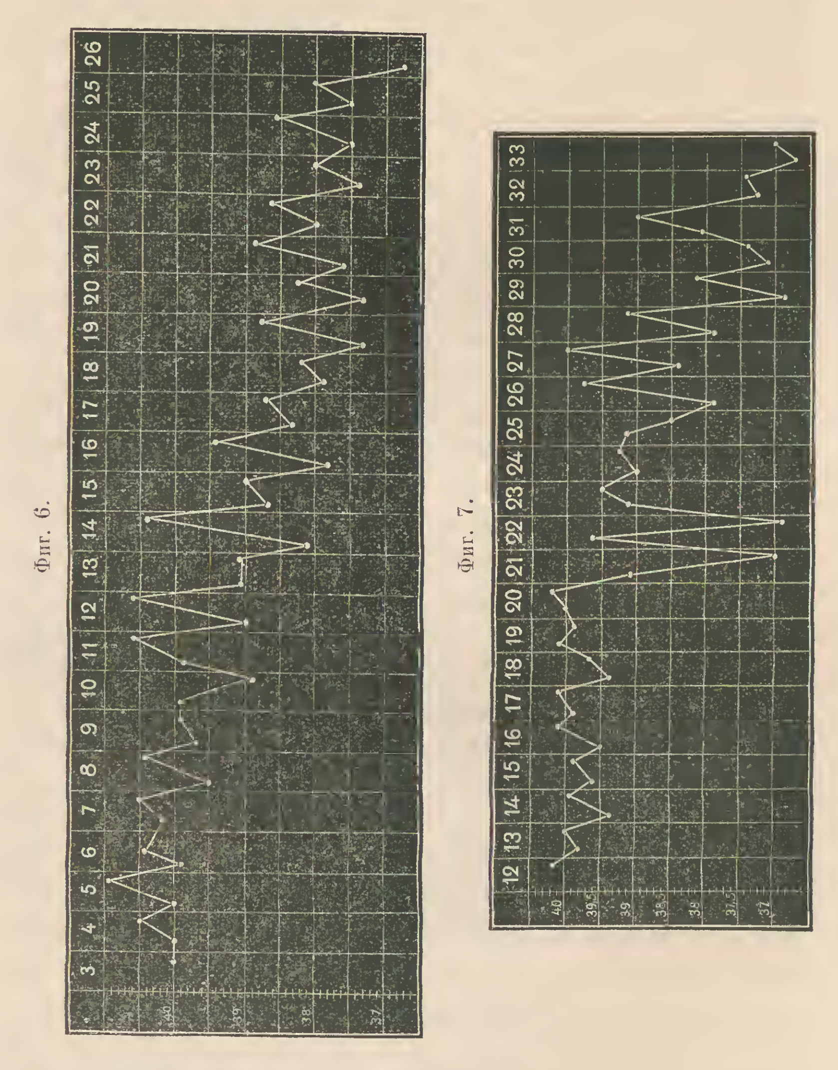
болѣзни. Что касается до хода температуры, то, какъ показываетъ прилагаемая кривая фиг. 5, за исключеніемъ 2-го дня болѣзни, во все время ни разу не было больше 38⁰, да и на этой незначительной высотѣ она держалась очень не долго, именно около 3—4 часовъ дня, а къ 7-ми часамъ вечера обыкновенно спадала ниже 37,5.

Теченіе тифа у грудныхъ дѣтей.

Въ возрастѣ до двухъ лѣтъ тифъ встрѣчается очень рѣдко и можетъ быть еще рѣже узнается, такъ какъ несомнѣнно, что у маленькихъ дѣтей онъ можетъ принимать абортивную или легкую форму и сходитъ тогда или за лихорадку къ зубкамъ или за катарръ кишекъ, бронхитъ и т. п. Опухоль селезенки въ этомъ возрастѣ не имѣетъ большаго діагностическаго значенія, такъ какъ она часто прощупывается, благодаря хронической опухоли, вслѣдствіе рахитизма. Тифозныхъ симптомовъ (сухой языкъ, потеря сознанія, спячка и проч.) въ этомъ возрастѣ при тифѣ обыкновенно не бываетъ, такъ что для діагностики остается только болѣе или менѣе продолжительная лихорадка, съ утренними ремиссіями и вечерними ожесточеніями, лихорадка — для которой нельзя найти никакого объясненія въ смыслѣ какой-либо мѣстной болѣзни. Постоянными спутниками такой лихорадки бываютъ поносъ и бронхитъ, а въ началѣ нерѣдко рвота.

Gerhardt (l. c., стр. 369) нашелъ въ литературѣ только 2 случая тифа у грудныхъ дѣтей съ исходомъ въ выздоровленіе и прибавляетъ къ нимъ третій—собственный. Отсюда, однако, вовсе не слѣдуетъ, что тифъ въ этомъ возрастѣ очень опасенъ, напротивъ, въ большинствѣ случаевъ онъ кончается выздоровленіемъ, но только не описывается; думаю такъ на томъ основаніи, что мнѣ лично встрѣтилось случая 4 несомнѣннаго брюшнаго тифа у дѣтей до года, и изъ нихъ не умеръ никто. Два изъ этихъ случаевъ я приведу въ формѣ температурныхъ кривыхъ.

Одинъ мальчикъ 8 мѣсяцевъ (фиг. 6), другой—11 (фиг. 7). У обоихъ дѣтей былъ довольно упорный поносъ, слабило отъ 2—4 разъ въ сутки, совершенно жидкими, грязно-бураго



Фиг. 6.

Фиг. 7.

цвѣта испражненіями, не смотря на то, что оба ребенка были при груди; у обоихъ былъ кашель, вслѣдствіе бронхита; у 2-го ребенка кашель былъ такъ силенъ, что въ разгарѣ болѣзни, именно отъ 12 до 27 дня было подозрѣніе на острый туберкулезъ; у обоихъ прощупывалась селезенка,

но нельзя было доказать свѣжая-ли это опухоль или прежняя; оба ребенка были слегка сонливы днемъ и безпокойны ночью; слабость была не велика. Какъ на особенность 2-го случая можно указать только на сильный эклампсическій припадокъ на 20-й день болѣзни, на 2-й день послѣ назначенія салициловаго натра; не смотря на продолженіе пріемовъ этого лекарства, судороги больше не повторялись.

Хотя довольно высокія температуры и держались въ 1-мъ случаѣ до 15-го дня, а во 2-мъ до 27-го, но общее состояніе было поражено незначительно и по окончаніи лихорадки оба мальчика поправились очень скоро, такъ какъ никакихъ осложненій не послѣдовало. Въ обоихъ случаяхъ болѣзнь кончилась лизисомъ; продолжительность лихорадки была больше средняго, трехнедѣльнаго срока.

Что касается до лѣченія, то въ 1-мъ случаѣ не употреблялось никакихъ жаропонижающихъ средствъ, а назначались только различныя противопоносныя, напр., mixtura olleos. c. t-ra opii, висмутъ одинъ и съ Доверовымъ порошкомъ, таннинъ и др., что однако не помѣшало продолжаться поносу отъ 1-го до 19-го дня. Во 2-мъ случаѣ отъ 12 до 16-го дня давался хининъ (4—6 pro die), а 19, 20 и 22-го салициловый натръ по 9—12 гр. pro die, отчего зависѣли, между прочимъ, вечернія интермиссіи на 21-й и 22-й дни.

Въ общемъ, теченіе тифа въ этихъ двухъ случаяхъ мало чѣмъ отличалось отъ обыкновеннаго, средней силы тифа у дѣтей 6 — 8 лѣтъ. Они вовсе не подтверждаютъ мнѣнія Gerhardt'a (l. c., стр. 361), по которому водяное лѣченіе особенно показано при дѣтскомъ тифѣ, такъ какъ дѣти будто-бы скорѣе истощаются подъ вліяніемъ лихорадки.

Тифъ съ рецидивомъ.

Возвратъ тифа встрѣчается иногда и въ дѣтскомъ возрастѣ. Явленіе это состоитъ въ томъ, что ребенокъ, перенесшій тифъ и находящійся уже нѣсколько дней (4—10) въ безлихорадочномъ періодѣ, снова заболѣваетъ жаромъ и другими симптомами тифа, не исключая иногда и тифозной

roseolae. Henoch изъ 137 случаевъ тифа наблюдалъ рецидивъ 21 разъ, Cadet de Gassicourt изъ 276—12 разъ. У насъ въ дѣтской больницѣ, возвраты тифа наблюдались крайне рѣдко, но точнаго числа ихъ я сообщить не могу. Интензивность перваго приступа не составляетъ никакой гарантіи противъ появленія рецидива, который иногда бываетъ даже сильнѣе перваго приступа, но большею частью слабѣе и короче. У Henoch'а 4 дня онъ продолжался 2 раза; отъ 6 до 9 дней—10 разъ; отъ 11 до 14 дней 7 разъ, и 16—17 дней 2 раза. По замѣчанію Cadet de Gassicourt'а продолжительность тифа съ рецидивомъ не превышаетъ продолжительности тяжелаго тифа безъ рецидива; въ среднемъ она равняется 45 днямъ (mininum 31 день, а maxinum — 61). Рецидивъ не есть новое заболѣваніе тифомъ, вслѣдствіе новаго зараженія, а только вспышка стараго, вслѣдствіе неизвѣстныхъ причинъ, подъ вліяніемъ которыхъ не весь ядъ успѣлъ переработаться и выдѣлиться изъ организма.

Между нормальнымъ, но продолжительнымъ тифомъ и тифомъ съ рецидивомъ, существуютъ всевозможныя переходныя формы, такъ какъ затянувшійся тифъ никогда не идетъ равномѣрно, а напротивъ того представляетъ, по выраженію Боткина, волнообразное теченіе, всего лучше замѣтное въ ходѣ температуры; послѣ нѣсколькихъ дней улучшенія, во время котораго температура падаетъ иногда почти до нормы, слѣдуетъ новое ухудшеніе всѣхъ припадковъ тифа, а въ томъ числѣ и лихорадки, чему соотвѣтствуютъ также и анатомическія измѣненія въ кишечномъ каналѣ, которыя при вскрытіяхъ субъектовъ, умершихъ въ позднихъ стадіяхъ тифа, оказываются не вездѣ одинаковой давности: рядомъ съ образовавшимися уже язвами, встрѣчаются Пейеровы бляшки въ состояніи начальнаго періода инфильтраціи или только гиперимированными и. т. п. Словомъ, какъ клиническіе симптомы, такъ и патолого-анатомическія измѣненія указываютъ на то, что организмъ какъ бы борется съ заразой, которая то ослабѣваетъ въ своемъ вліяніи, то снова беретъ перевѣсъ. Рецидивъ и есть ни что иное, какъ новая и сильная вспышка заразы, подобно тому, какъ вспыхиваетъ

она и въ другихъ инфектіозныхъ болѣзняхъ, съ особенной ясностью, напр., въ рекуррентѣ, интермитентѣ и рожѣ. Рецидивъ тифа не всегда появляется черезъ нѣсколько дней по окончаніи лихорадки; начало его можетъ падать на любое время лизиса, или, если лихорадка успѣла уже кончиться, то все-же очень часто антрактъ не бываетъ совсѣмъ чистымъ, такъ какъ больной представляетъ еще тѣ или другіе болѣзненные симптомы, въ видѣ, напр., поноса, вздутія живота и проч.

На волнообразное теченіе тифа можно смотрѣть, слѣдовательно, какъ на результатъ повторныхъ, но не ясно выраженныхъ рецидивовъ.

Осложненія.

Въ большинствѣ случаевъ дѣтскій тифъ протекаетъ безъ всякихъ осложненій. Вслѣдствіе незначительнаго пораженія кишекъ и рѣдкости образованія глубокихъ изъязвленій дѣти почти никогда не умираютъ отъ кишечныхъ кровотеченій и перфораціоннаго перитонита. Въ этихъ двухъ обстоятельствахъ и состоитъ существенное отличіе дѣтскаго тифа отъ тифа взрослыхъ.

Острый гнойный перитонитъ иногда встрѣчается при дѣтскомъ тифѣ и *безъ прободенія*. Описаніе подобныхъ случаевъ можно найти напр. у Trousseau (Клин. лекціи т. II стр. 262) и Cadet de Gassicourt (l. c. 595) Trousseau считалъ подобные перитониты способными кончиться выздоровленіемъ. Хотя и несомнѣнно, что острый перитонитъ можетъ развиться не смотря на соблюденіе всѣхъ діетическихъ условій, но гораздо чаще онъ является вслѣдствіе погрѣшностей въ діэтѣ, когда напр. больному даютъ твердую или трудно варимую пищу еще до окончанія лихорадочнаго періода. По симптомамъ подобнаго рода перитониты ничѣмъ не отличаются отъ остраго перитонита вообще, а по быстротѣ наступленія смертельнаго исхода при случаѣ не уступаютъ даже и перфораціонному. Для примѣра я приведу случай Cadet de Gas.:

Мальчикъ, 12 лѣтъ, заболѣлъ тифомъ средней силы, протекавшимъ съ замѣчательной правильностью до 26-го дня, когда вдругъ ребенокъ сталъ жаловаться въ ночь на 27-й день на сильнѣйшую боль живота, преимущественно въ правой подвздошной области. На слѣдующій день съ утра появилась рвота и ознобъ; больной постоянно стоналъ отъ боли живота и головы; лицо осунулось и сдѣлалось слегка ціанотичнымъ, пульсъ малъ и частъ; животъ былъ напряженъ, крайне болѣзненъ, но не вздутъ; на слѣдующій день всѣ симптомы остались въ прежнемъ видѣ, но только еще усилились, t^0 поднялась до 40,8, пульсъ—160; не смотря на глотаніе кусочковъ льда, рвота желчью повторялась безпрерывно и наконецъ на 29-й день послѣдовала смерть. Болѣзнь тянулась слѣдовательно только двое сутокъ съ небольшимъ. Противъ прободенія кишекъ говорило лишь отсутствіе метеоризма, и аутопсія подтвердила это. Въ полости живота оказалось около 350 grm. серозно гнойной жидкости; брюшина сильно инъецирована, особенно по сосѣдству съ задними частями тонкой кишки. Въ тонкихъ кишкахъ измѣненія начинаются съ нижней трети ilei и усиливаются по мѣрѣ приближенія къ coecum; Пейеровы бляшки и солитарные фолликулы увеличены и во многихъ мѣстахъ изъязвлены; нѣкоторыя изъ язвъ такъ глубоки, что достигаютъ вплоть до серознаго покрова, но прободенія брюшины не было нигдѣ. C. de G. убѣжденъ, что иногда ему удавалось остановить развитіе перитонита или локализировать его, назначая больному абсолютный покой, мушку и подкожныя инъекціи морфія утромъ и вечеромъ при первомъ появленіи сильной боли живота.

Въ моей практикѣ мнѣ встрѣтилось только два случая перитонита, оба у дѣвочекъ 9 и 11 лѣтъ. Первая заболѣла бурными симптомами остраго, вѣроятно перфоративнаго воспаленія брюшины въ концѣ 3-й недѣли, когда лихорадка почти уже кончилась и когда больная продолжала оставаться въ постели при жидкой діэтѣ. Она умерла черезъ двое сутокъ; вскрытіе въ частной практикѣ не могло быть сдѣлано. Другая дѣвочка умерла у насъ въ больницѣ; она представляла картину хроническаго адгезивнаго перитонита, развившагося непосредственно послѣ тифа и умерла на 7-й недѣлѣ отъ начала болѣзни внезапно ночью. Причиной смерти оказалось обильное кишечное кровотеченіе, но кровь не успѣла выдти наружу. Не смотря на сравнительно короткое теченіе болѣзни, брюшина оказалась сросшеюся съ кишками довольно плотными сращеніями. Это былъ единственный случай кишечнаго кровотеченія послѣ тифа изъ болѣе чѣмъ ста случаевъ брюшнаго тифа бывшихъ у насъ въ больницѣ.

Кромѣ остраго перитонита, при тифѣ встрѣчаются иногда гнойныя воспаленія и другихъ серозныхъ оболочекъ, напр. перикардія, плевры, а также и менинговъ. Узнать при жизни Meningitis purulenta не всегда легко, такъ какъ сведеніе затылка, полная потеря сознанія, неправильное расширеніе зрачковъ, гиперестезія покрововъ и т. д. все это можетъ встрѣтиться и при тяжелыхъ формахъ тифа, кончающихся смертью въ теченіе первой или въ началѣ 2-й недѣли. Какъ примѣръ этого рѣдкаго осложненія мы приведемъ здѣсь случай того же Cadet de Gossicourt'a (l. c. 584).

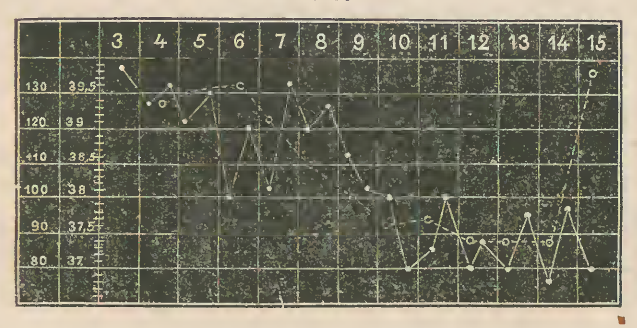
Мальчикъ 5 лѣтъ, поступилъ въ больницу на 8-й день болѣзни; по словамъ родителей уже 5 дней онъ находился въ томъ состояніи, въ каковомъ привезенъ въ госпиталь: ребенокъ очень слабъ и блѣденъ, лежитъ неподвижно на спинѣ съ полуоткрытыми глазами и съ фулигинозными ноздрями. Языкъ красенъ и блестящъ, губы сухи, животъ немного напряженъ и тимпаниченъ, въ области fas. il. болѣзненъ при давленіи; roseolae, кашля и замѣтной опухоли селезенки нѣтъ, но есть поносъ, при чемъ испражняется больной подъ себя; ночью больной не бредилъ, хотя онъ постоянно сонливъ и пробуждается только, чтобъ попросить пить. Темпер. 39,8, пульсъ правильный, 124, дыханіе 36. На основаніи этихъ симптомовъ былъ діагносцированъ тифъ, а когда оказалось, что у больнаго былъ сведенъ затылокъ, что у него легкій тризмъ, что правое верхнее вѣко и правая рука слегка парализованы, а зрачки очень расширены, что ребенокъ совсѣмъ потерялъ сознаніе и не смотря на то постоянно издаетъ жалобный крикъ, то по общему впечатлѣнію авт. допустилъ въ этомъ случаѣ осложненіе тифа острымъ гнойнымъ менингитомъ и не ошибся, такъ какъ при аутопсіи (больной умеръ на другое утро) кромѣ тифознаго пораженія Пейеровыхъ бляшекъ оказался рѣзко выраженный гнойный менингитъ поверхности полушарій, болѣе распространенный на правой сторонѣ.

Въ діагностическомъ отношеніи весьма интересна возможность осложненія тифа *острой головной водянкой*, на что впервые указалъ проф. Löschner (Beobach. aus d. Franz Jos. Kindersp. zu Prag. B. I), который привелъ 4 такихъ случая, доказывающихъ какъ трудно иногда отличить тифъ отъ туберкулезнаго менингита. Въ главѣ о діагностикѣ тифа мы еще вернемся къ этому вопросу, а здѣсь я приведу только исторію болѣзни, относящагося сюда случая изъ нашей больницы.

Мальчикъ 3 л. 9 мѣс. происходитъ отъ здоровыхъ родителей, живущихъ въ удовлетворительной гигіэнической обстановкѣ, двое изъ его братьевъ здоровы, а третій въ данное время лежалъ въ нашей больницѣ въ тифѣ; самъ больной

до настоящей своей болѣзни былъ всегда здоровъ и былъ хорошаго питанія; признаковъ золотухи нѣтъ ни у кого изъ дѣтей. Мальчикъ заболѣлъ 2-го октября 1881 года жаромъ и головной болью, почему и былъ уложенъ въ постель. Мать измѣряла t⁰ два раза въ день и находила ее около 39,5. На 4-й день болѣзни больной поступилъ въ больницу. Status praesens: ребенокъ средняго сложенія, порядочно упитанный, лежитъ на спинѣ въ нѣсколько апатичномъ состояніи, но въ полномъ сознаніи; на кожѣ никакой сыпи нѣтъ; животъ умѣренно вздутъ, безболѣзненъ; языкъ суховатъ, покрытъ довольно толстымъ, сѣровато-буроватымъ слоемъ, на краяхъ и кончикѣ красенъ; аппетита нѣтъ, жажда увеличена, глотаніе свободно, на низъ не было 3 сутокъ, мочеиспусканіе въ порядкѣ, кашля нѣтъ, *селезенка прощупывается* на палецъ ниже края грудной клѣтки; пульсъ 132, t⁰ 39,5; силы больнаго на столько хороши, что онъ свободно можетъ сидѣть въ кровати; сонъ довольно хорошъ, съ небольшимъ бредомъ; жалобы на головную боль только при вопросѣ объ этомъ. Діагностика— тифъ. Дальнѣйшій ходъ температуры видѣнъ на прилагаемой таблицѣ (ф. 8).

Фиг. 8.



5-й день. Общее состояніе безъ перемѣнъ. Послѣ касторовaго масла прослабило 2 раза. 6-й д. Ночью былъ безпокоенъ: часто просыпался, много плакалъ отъ головной боли и бредилъ. Днемъ замѣтно сонливѣе чѣмъ прежде. Не слабило. 7-й д. Послѣ безпокойной ночи, днемъ очень сонливъ и вмѣстѣ съ тѣмъ раздражителенъ, такъ что при изслѣдованіи плачетъ; брюшныя стѣнки разслаблены, черезъ нихъ обрисовываются контуры нѣкоторыхъ петель кишекъ, которыя, если провести по животу ногтемъ, исчезаютъ въ одномъ мѣстѣ и появляются въ другомъ (перистальтика); запоръ; пульсъ при 39,7 только 108. На роговыхъ оболочкахъ замѣтны комки слизи; дыханіе поверхностное, не учащенное и не совсѣмъ ровное: за болѣе глубокими вздохами слѣдуютъ довольно продолжительныя паузы. 8-й д. Безъ перемѣнъ. 9-й д. На кожѣ живота и нижней части груди появилось нѣсколько пятенъ *roseolae*; животъ ввалился, лѣвый зрачекъ нѣсколько шире праваго; ихъ реакція на свѣтъ вялая, вслѣдъ за съуженіемъ слѣдуетъ сейчасъ же расширеніе, не смотря на продолжающееся дѣйствіе свѣта. Селезенка за послѣдніе дни увеличилась на столько, что прощупывается изъ подъ реберъ на 3 пальца; сонливость продолжается въ до-

вольно значительной степени Въ этотъ день больной былъ демонстрированъ студентамъ, при чемъ было высказано какъ самое вѣроятное предположеніе, что у ребенка тифъ осложненный острой головной водянкой, что и подтвердилось потомъ какъ дальнѣйшимъ теченіемъ, такъ и аутопсіей. 10-й день. Мигательныя, судорожныя движенія вѣкъ, глубокіе вздохи, спячка, лѣвая рука почти постоянно у половыхъ органовъ, запоръ продолжается, но не смотря на то, животъ еще болѣе ввалился. 11-й д. Безъ перемѣнъ. 12-й д. Селезенка замѣтно уменьшилась; спячка; постоянныя автоматическія движенія правой рукой отъ подбородка къ подложечкѣ, вслѣдствіе чего образовались экскоріаціи на передней поверхности груди; лѣвая рука по прежнему у половыхъ органовъ. 13-й д. Полная спячка при едва ощутимомъ пульсѣ. Смерть въ 11 час. утра на 15-й день въ глубокомъ сопорѣ.

Вскрытіе, произведенное черезъ 24 часа, между прочимъ, показало слѣдующее: dura mater напряжена, пахіоновы грануляціи развиты докольно сильно; мягкая мозговая оболочка на поверхности полушарій блѣдна, мозговыя извилины нѣсколько сглажены, вещество мозга *плотно*, не отечно, въ разрѣзѣ кой гдѣ замѣтны кровяныя точки; на основаніи мозга, особенно въ области перекреста значительное скопленіе прозрачной серозной жидкости, боковые желудочки мозга растянуты и содержатъ около 4-хъ чайныхъ ложекъ такой же прозрачной serum. Селезенка значительно увеличена, дрябла, капсула ея нѣсколько сморщена; въ нижней части тонкихъ кишекъ нѣкоторыя изъ Пейеровыхъ бляшекъ припухли, имѣютъ сѣтчатый видъ, но не изъязвлены; соотвѣтствующія брыжжеечныя железы нѣсколько увеличены, въ разрѣзѣ мозговидны. Бугорковъ не было нигдѣ.

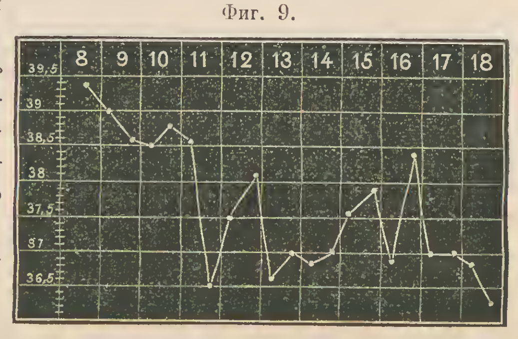
Діагностика въ этомъ случаѣ была не трудна, потому, что *свѣжая* опухоль селезенки, roseola, теченіе лихорадки въ первую недѣлю болѣзни, наконецъ этіологія (тифъ у брата) не оставляли никакого сомнѣнія на счетъ существованія тифа, а раннее появленіе тяжелыхъ мозговыхъ симптомовъ въ теченіе легкаго тифа, протекавшаго при очень умѣренныхъ температурахъ и при хорошемъ общемъ питаніи больнаго исключало мысль объ отекѣ мозга вслѣдствіе истощенія, чему соотвѣтствовало также состояніе легкихъ (отсутствіе гипостатическихъ явленій) и сердца—умѣренная частота пульса во время лихорадки.

Но не всегда дѣло стоитъ такъ ясно; если симптомы, спеціально указывающіе на тифъ, именно опухоль селезенки и roseola, отсутствуютъ, то вопросъ о томъ, имѣемъ-ли дѣло съ тифомъ, осложненнымъ острой головной водянкой или съ т. н. тифозной формой туберкулезнаго менингита, можетъ

быть рѣшенъ только аутопсіей, особенно, если при томъ и анамнезъ не полный, какъ было, напр., въ слѣдующемъ случаѣ:

Мальчикъ 9 лѣтъ, лежалъ въ больницѣ въ мартѣ 1881 года, куда онъ поступилъ на 8-й день болѣзни, начавшейся жаромъ и головной болью, но безъ рвоты. Не слабило нѣсколько дней. При поступленіи больной былъ слабъ, но не настолько, чтобъ не стоять на ногахъ, сознаніе сохранено вполнѣ, языкъ обложенъ, узокъ, на краяхъ и кончикѣ красенъ, но не сухъ; животъ не впалый и не вздутъ, селезенка не прощупывается, но тупой звукъ ея кажется увеличеннымъ (по l. axil. отъ 8 до 11 ребра); кашля и сыпи нѣтъ, ночью немного бредитъ; пульсъ нѣсколько замедленъ (98) сравнительно съ температурой (39), какъ это часто бываетъ при тифѣ. Ходъ лихорадки на ф. 9 Какъ и въ предыдущемъ случаѣ мозговые симптомы начались съ того, что въ ночь на 11-й день больной сдѣлался очень безпокоенъ и много бредилъ. 12-й день ночью опять безпокойство, днемъ сонливость; животъ нѣсколько ввалился, хотя запоръ продолжается. 13 день ночью много кричалъ отъ головной боли, днемъ почти въ безсознательномъ состояніи; сведеніе затылка, скрежетъ зубовъ, вялая реакція расширенныхъ зрачковъ. 14 день ночью провелъ покойнѣе, но за то днемъ въ спячкѣ, которая продолжалась до конца. Пульсъ, упавшій на 13-й день до 60 ударовъ, передъ смертью было 140, при полномъ сопорозномъ состояніи больнаго. Вскрытіе, къ сожалѣнію, не могло быть сдѣлано.

Фиг. 9.



Изъ числа другихъ болѣе рѣдкихъ осложненій дѣтскаго тифа я упомяну еще о *водянкѣ*, на которую обратили вниманіе главнымъ образомъ французскіе авторы, именно Trousseau, Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt и др. Подкожная водянка при тифѣ развивается или при альбуминуріи или безъ нея; послѣдній случай встрѣчается несравненно чаще, такъ что можно сказать, что альбуминурія при тифѣ рѣдко сопровождается водянкой, а эта послѣдняя въ свою очередь рѣдко сопровождается альбуминуріей. Происхожденіе водянки безъ бѣлка въ мочѣ нѣкоторые приписываютъ разжиженію крови вслѣдствіе общаго истощенія организма, но это объясненіе подходитъ только къ отеку ступней, часто

появляющемуся послѣ тяжелыхъ и продолжительныхъ тифовъ, но при тифѣ встрѣчается еще водянка совсѣмъ другаго рода, которая развивается еще въ лихорадочномъ періодѣ, и даже довольно скоро послѣ начала болѣзни. R и B., напр., видѣли 2 раза такую водянку уже на 5-й день болѣзни; водянка въ этихъ двухъ случаяхъ была общая, очень значительная и продожалась 8 — 10 дней; бѣлка въ мочѣ не было. Послѣ исчезанія водянки теченіе тифа шло нормально и болѣзнь въ обоихъ случаяхъ кончилась выздоровленіемъ (l. c. T. стр. 826) Cadet de Gassicourt (l. c. стр. 587) наблюдалъ 14 случаевъ тифозной водянки; самый ранній срокъ ея появленія былъ 9-й день, а самый поздній—40-й; продолжительность ея колебалась отъ 8 до 13 дней и только одинъ разъ она затянулась до 18-го дня. Водянка рѣдко бывала общей, обыкновенно-же она ограничивалась ногами, scroto или лицомъ. Какъ общая, такъ равно и мѣстная водянка при тифѣ никогда не бываетъ опасна и даже не задерживаетъ періода выздоровленія; она исчезаетъ или еще до окончанія лихорадочнаго періода или вскорѣ послѣ него. Происхожденіе этихъ отековъ и водянокъ пока еще не выяснено, но во всякомъ случаѣ они происходятъ не отъ воспаленія почекъ и не отъ истощенія. Къ болѣе частымъ осложненіямъ тифа относятся слѣдующія:

Stomacace—вонючее, язвенное воспаленіе десенъ встрѣчается при тифѣ нерѣдко, если больному было дано нѣсколько большихъ пріемовъ каломеля. Оставленное безъ лѣченія, язвенное разрушеніе распространяется на слизистую оболочку щеки и конечно можетъ повести къ гангренѣ рта—noma. Но если противники каломеля, какъ напр., Hüttenbrenner, утверждаютъ, что назначеніе каломеля при тифѣ располагаетъ къ упорному поносу, то съ этимъ рѣшительно нельзя согласиться. *Упорный поносъ*, какъ осложненіе тифа, встрѣчается въ тяжелыхъ случаяхъ довольно часто, но только каломель не играетъ въ этіологіи осложненія никакой роли.

Умѣренной силы *бронхитъ* нельзя считать за осложненіе тифа, потому что онъ является почти постояннымъ его

спутникомъ; другое дѣло, если онъ дѣлается капиллярнымъ или если къ нему присоединяются явленія гипостаза въ заднихъ частяхъ легкихъ. Въ подобныхъ случаяхъ бронхитъ даетъ поводъ къ развитію довольно опаснаго осложненія въ видѣ *бронхопнеймоніи*. Она развивается обыкновенно въ концѣ болѣзни, примѣрно на 3-й недѣлѣ и позднѣе.

Изъ нервныхъ болѣзней при тифѣ не особенно рѣдко появляется *афазія* и притомъ никогда въ разгарѣ болѣзни, а всегда въ періодѣ выздоровленія. Ребенокъ ужь безъ лихорадки, онъ сидитъ въ кровати, все понимаетъ, исполняетъ приказанія, напр., высовываетъ языкъ, но ничего не говоритъ. Потеря способности рѣчи наступаетъ большею частью вдругъ и недѣли черезъ 2—3 почти также скоро возвращается, а потому слѣдуетъ думать, что афазія зависитъ не отъ какихъ либо матеріальныхъ измѣненій мозга, а просто отъ истощенія его или анеміи. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ афазія у дѣвочки 8-и лѣтъ продолжалось всего лишь нѣсколько дней и быстро исчезла, какъ только появилось новое лихорадочное состояніе подъ вліяніемъ аденита. Афазіи аналогична внезапно наступающая и потомъ опять скоро исчезающая *слѣпота*, которую наблюдали у выздоравливающихъ тификовъ Henoch и Cadet de Gassicourt.

Изъ болѣзней кожи сравнительно часто являются, особенно въ больничной практикѣ, *пролежни* въ области trochanteres и рѣдко на крестцѣ. Обыкновенно они не распространяются глубоко и при соотвѣтственномъ лѣченіи скоро заживаютъ.

Гораздо большимъ упорствомъ отличаются *чирьи*, которые развиваются у истощенныхъ дѣтей на различныхъ мѣстахъ тѣла одинъ за другимъ и такимъ образомъ на долго поддерживаютъ лихорадку. Особенно непріятны больнымъ чирьи на волосистой части головы, гдѣ они чрезвычайно болѣзненны.

Предсказаніе.

Предсказаніе въ дѣтскомъ тифѣ гораздо лучше, чѣмъ при тифѣ у взрослыхъ. Смертность колеблется отъ 3 до 10%,

при чемъ интересно то обстоятельство, что во французскихъ клиникахъ, въ которыхъ лѣченіе водой почти совсѣмъ не примѣняется, смертность нисколько не больше, чѣмъ въ нѣмецкихъ, гдѣ водяное лѣченіе, какъ, напр., у Steffen'a, въ большомъ ходу. Какъ на особенность легкихъ и среднихъ формъ дѣтскаго тифа можно указать на то, что онѣ никогда не кончаются внезапнымъ перфоративнымъ перитонитомъ. Дурное прогностическое значеніе имѣютъ слѣдующіе симптомы: фулигинозный языкъ и зубы, обильный и упорный поносъ, бредъ съ открытыми глазами, сведеніе затылка и въ особенности сведеніе спинныхъ мышцъ, ловленіе мухъ, нитевидный пульсъ при другихъ признакахъ упадка дѣятельность сердца (ціанозъ, похолоданіе конечностей и носа) и полная потеря сознанія. По Rilliet и Barthez'y значительное вздутіе живота симптомъ очень опасный, а постоянно ввалившійся животъ при сильной лихорадкѣ еще опаснѣе.

Распознаваніе.

Въ началѣ своемъ тифъ не характеризуется никакими особенными, одному ему лишь свойственными, симптомами и потому діагностика тифа на 1-й недѣлѣ въ большинствѣ случаевъ бываетъ не легка и часто не выходитъ за предѣлы болѣе или менѣе вѣроятнаго предположенія. Въ это время приходится идти путемъ исключенія и прежде всего рѣшить вопросъ не зависитъ-ли лихорадка отъ какого-либо мѣстнаго процесса, какъ объ этомъ было уже говорено въ первой главѣ — о діагностикѣ начальнаго періода лихорадочныхъ болѣзней. Если этотъ вопросъ получитъ отрицательный отвѣтъ, то останется разобрать, съ какой-же изъ общихъ лихорадочныхъ болѣзней имѣется дѣло? Что касается до острыхъ инфектіозныхъ экзантемъ, каковы оспа, корь и скарлатина, то исключить ихъ бываетъ не трудно, такъ какъ имъ не свойственно медленное начало съ періодомъ предвѣстниковъ, что бываетъ при брюшномъ тифѣ. При скарлатинѣ и кори кромѣ того рано поражаются сли-

зистыя оболочки; только начало оспы давало мнѣ иногда поводъ предполагать начало абортивнаго или сыпнаго тифа или рекуррента, пока на 3-й или 4-й день популезная сыпь на лицѣ не выясняла дѣла.

Въ первые дни гораздо легче принять за тифъ различныя легкія формы лихорадочнаго состоянія, продолжающіяся всего нѣсколько дней и зависящія отъ разнообразныхъ причинъ; сюда относятся, напр., гастрическая, герпетическая и простудная лихорадки, о діагностикѣ которыхъ я говорилъ уже въ первой главѣ. Затрудненія увеличиваются еще и тѣмъ, что брюшной тифъ въ своихъ самыхъ легкихъ формахъ какъ бы не идетъ далѣе періода предвѣстниковъ (безлихорадочныя формы тифа и очень короткіе абортивные тифы), правильная оцѣнка которыхъ возможна только при существованіи извѣстныхъ этіологическихъ моментовъ. Но такъ какъ и другіе инфекціозные процессы, напр., сыпной тифъ и возвратная горячка, могутъ протекать въ видѣ такихъ же неопредѣленныхъ лихорадокъ или общаго недомоганія, то въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ діагностика часто не можетъ идти далѣе предположенія какой-то infectionitis.

На 2-й недѣлѣ діагностика тифа въ громадномъ большинствѣ случаевъ легка, особенно если больной находился подъ наблюденіемъ врача уже нѣсколько дней; кривая температуры, свѣжая опухоль селезенки, roseola и характерный habitus прямо указываютъ врачу, съ какой болѣзнью онъ имѣетъ дѣло. Такъ какъ въ это время уже легко исключить острыя сыпныя лихорадки, а также и всѣ мѣстныя болѣзни (онѣ успѣли бы выразиться), то для діагностики бываетъ совершенно достаточно кривой температуры и свѣжей опухоли селезенки. Если эти два симптома на лицо, то діагностика легка даже и при отсутствіи всѣхъ другихъ тифозныхъ припадковъ. Дѣйствительно, при такомъ условіи рѣчь можетъ идти только о трехъ процессахъ: брюшной тифъ, сыпной тифъ или возвратная горячка; но послѣдняя легко исключается, такъ какъ первый приступъ ея кончается обыкновенно на 5—7-й день, а до 2-й недѣли затя-

гивается только въ исключительныхъ случаяхъ. Объ отличіи брюшнаго тифа отъ сыпнаго см. въ главѣ о сыпномъ тифѣ.

Такъ стоитъ дѣло при правильномъ теченіи тифа, но нѣкоторыя изъ осложненій или неправильности, въ смыслѣ чрезмѣрнаго развитія однихъ симптомовъ въ ущербъ другимъ, или появленіе какихъ либо новыхъ, не свойственныхъ тифу симптомовъ, могутъ такъ запутать дѣло, что врачъ въ теченіе многихъ дней будетъ въ самомъ непріятномъ состояніи полной нерѣшительности. При подобныхъ условіяхъ мнѣ не разъ приходилось ошибаться и смѣшивать тифъ съ острымъ миліарнымъ туберкулезомъ, или съ туберкулезнымъ менингитомъ или даже съ острымъ гнойнымъ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ; причемъ ошибка оказывалась или въ ту, или въ другую сторону, т. е. въ однихъ случаяхъ тифъ діагностировался тамъ, гдѣ его не было, а въ другихъ на оборотъ.

Діагностика тифа отъ остраго милліарнаго туберкулеза, по общему отзыву авторовъ, а также и по моимъ собственнымъ наблюденіямъ, представляетъ наибольшія затрудненія. По замѣчанію Rilliet и Barthez'а эта трудность объясняется тѣмъ, что не только отдѣльные симптомы, каковы: слабость, головная боль, носовое кровотеченіе, боли и вздутіе живота, поносъ, сухость языка, сильный жаръ, безпокойство, бредъ и кашель встрѣчаются при обѣихъ болѣзняхъ, но и группировка этихъ симптомовъ въ обоихъ случаяхъ даетъ одинакія картины. Неувѣренность діагностики можетъ продолжаться нѣсколько недѣль, пока дѣло не выяснится наконецъ или появленіемъ нѣкоторыхъ мѣстныхъ симптомовъ, свойственныхъ туберкулезу (напр., meningitis), или исходомъ въ выздоровленіе, доказывающимъ тифъ.

Хотя при общемъ туберкулезѣ и встрѣчается иногда опухоль селезенки и даже сыпь въ родѣ тифозной розеолы, но все-таки эти два симптома могутъ считаться самыми надежными и если они на лицо, то можно съ громадной вѣроятностью исключить туберкулезъ и діагностировать тифъ, особенно въ томъ случаѣ, если селезенка прощу-

пывается и опухоль ея свѣжаго происхожденія. Чѣмъ тяжелѣе тифъ (а острый милліарный туберкулезъ симулируетъ обыкновенно тяжелый тифъ), тѣмъ большею частью и селезенка сильнѣе припухаетъ, а потому въ случаѣ отсутствія замѣтной опухоли селезенки при высокой лихорадкѣ, сильномъ бредѣ и кашлѣ и при рѣзко выраженныхъ другихъ тифозныхъ явленіяхъ, слѣдуетъ ставить діагностику тифа съ крайней осторожностью и имѣть въ виду острый туберкулезъ.

Существованіе послѣдняго можно подозрѣвать съ еще бо̀льшимъ правомъ въ томъ случаѣ, если при отсутствіи симптомовъ, спеціально указывающихъ на тифъ (именно опухоли селезенки и розеолы), есть анамнестическія и клиническія данныя, говорящія противъ тифа и за туберкулезъ.

Данныя эти могутъ состоять въ слѣдующемъ:

1. *Наслѣдственное* расположеніе къ туберкулезу.

2. *Періодъ предвѣстниковъ* при туберкулезѣ тянется значительно дольше, чѣмъ при тифѣ и характеръ припадковъ его другой. Изъ числа припадковъ періода предвѣстниковъ остраго туберкулеза первое мѣсто принадлежитъ похуданію, блѣдности и апатіи или скучному настроенію духа ребенка; вообще говоря, это тѣ же симптомы, что характеризуютъ періодъ предвѣстниковъ туберкулезнаго менингита, описаніе котораго можно найти въ любомъ учебникѣ и потому останавливаться на этомъ я не буду, а скажу только, что симптомы предвѣстниковъ развиваются постепенно за нѣсколько недѣль до начала лихорадки и притомъ безъ *всякой замѣтной причины*, что главнымъ образомъ и имѣетъ особое значеніе для діагностики.

3. *Характеръ лихорадки.* При остромъ милліарномъ туберкулезѣ лихорадка можетъ быть всякаго типа, въ томъ числѣ и довольно правильная continua remittens какъ и при тифѣ, и это бываетъ именно въ случаяхъ самыхъ трудныхъ для діагностики. Здѣсь можетъ имѣть нѣкоторое значеніе только абсолютная высота температуры: если въ теченіе нѣсколькихъ дней подрядъ утреннія температуры стоятъ выше 40°, то это одно уже говоритъ противъ тифа,

а скорѣе за туберкулезъ. Болѣе характерестичны для туберкулеза сильныя колебанія t^0 (напр., утромъ 39, а веверомъ 41 съ десятыми) или извращенный типъ лихорадки.

4. *Явленія со стороны органовъ дыханія.* Въ типическихъ случаяхъ остраго милліарнаго туберкулеза, когда дѣло ограничивается высыпаніемъ безчисленнаго множества бугорковъ въ легкихъ, но безъ образованія воспалительныхъ уплотнѣній легочной ткани, постукиваніе даетъ отрицательные результаты, а выслушиваніе—кой гдѣ катарральные хрипы и везикулярное дыханіе, словомъ, признаками незначительнаго бронхіальнаго катарра. Для діагностики важно именно то, что *не смотря на отрицательные результаты физикальнаго изслѣдованія груди, больной страдаетъ одышкой*, выражающейся значительно учащеннымъ дыханіемъ (50—60 дыханій въ минуту) движеніемъ крыльевъ носа и *мучительнымъ сухимъ кашлемъ.*

По Gerhardt'у въ пользу туберкулеза говоритъ: большая частота пульса, раннее появленіе потовъ, и блѣдность съ фіолетовымъ оттѣнкомъ лица, а по Bouchu гиперестезія кожи грудной клѣтки.

5. *Продолжительность болѣзни.* На 3-й недѣлѣ тифъ оказываетъ обыкновенно склонность къ улучшенію, между тѣмъ какъ при туберкулезѣ припадки или продолжаютъ усиливаться или, по крайней мѣрѣ, остаются in statu quo.

6. *Этіологія болѣзни.* Одна и та же картина болѣзни можетъ имѣть совершенно различное значеніе, смотря по тому, развилась-ли она у ребенка до тѣхъ поръ совершенно здороваго и жившаго, можетъ быть, въ домѣ, въ которомъ ужъ были случаи тифа или она появилась послѣ извѣстныхъ болѣзней, имѣющихъ отношеніе къ туберкулезу. Туберкулезное происхожденіе лихорадки слѣдуетъ подозрѣвать, напр., въ томъ случаѣ, если она, появившись послѣ кори или коклюша, тянется 10—15 и больше дней безъ всякихъ мѣстныхъ симптомовъ, которыми можно-бы было объяснить лихорадочное состояніе.

7. Рѣшающее значеніе въ пользу милліарнаго туберкулеза имѣютъ только два симптома: а) присутствіе *миліар-*

ныхъ бугорковъ на днѣ глаза и б) нахожденіе *туберкулезныхъ бациллъ въ крови*, но, къ сожалѣнію, эти два симптома встрѣчаются далеко не во всѣхъ случаяхъ. Относительно бугорковъ choroideae мы знаемъ только, что клиницисты находятъ ихъ рѣже, чѣмъ патолого-анатомы, и что время ихъ появленія крайне неопредѣленно; иногда они появляются очень рано, напр., въ случаѣ Fränkel'я за 8 недѣль до летальнаго исхода, а въ другихъ случаяхъ очень поздно, какъ, напр., въ случаѣ Steffen'а за 2 дня до смерти (Klinik d. Kinderkr. 1869 г. II В.). По описанію Steffen'а, дѣло начинается съ гипереміи ретины, а черезъ 1—2 дня послѣ того офтальмоскопъ ужь открываетъ желтовато-бѣлыя, величиной съ маковое зерно пятнышки, которыя въ теченіе слѣдующихъ дней увеличиваются до булавочной головки, нѣсколько выдаются въ видѣ возвышенія и желтѣютъ, причемъ границы ихъ нѣсколько стушовываются. Большею частью они сидятъ около сосочка зрительнаго нерва, но иногда и вблизи экватора, числомъ отъ 1 до 12. Черезъ сліяніе отдѣльныхъ бугорковъ образуются болѣе крупные бугорки. Если поражается одинъ глазъ, то большей частью лѣвый (изъ 4-хъ случаевъ Steffen'а 3 раза былъ пораженъ лѣвый глазъ, и 1 разъ оба глаза). Острота зрѣнія при бугоркахъ хороидеи не страдаетъ, а также не бываетъ и субъективныхъ жалобъ.

Относительно присутствія бугорковыхъ бациллъ въ крови опубликовано мало изслѣдованій, да и тѣ относятся главнымъ образомъ къ крови, взятой отъ трупа. Weichselbaum'у (Wien. med. Wochen. 1884. №№ 12, 13), напр., удалось открыть бугорковыя бациллы въ кровяныхъ сгусткахъ праваго сердца въ трехъ случаяхъ. Meisels (idem, №№ 39, 40), находилъ бациллъ въ крови 8 труповъ подрядъ, но въ крови живаго человѣка доказать присутствіе бациллъ оказалось гораздо труднѣе. М. изслѣдовалъ только двухъ субъектовъ: въ одномъ случаѣ изъ 12 препаратовъ бациллы оказались въ 5, а въ другомъ поиски совсѣмъ не увѣнчались успѣхомъ.

Гораздо легче, конечно, найдти бациллъ въ мокротѣ, но во

1-хъ, у дѣтей иногда очень трудно добыть мокроту, а во 2-хъ, при остромъ туберкулезѣ мокрота часто бываетъ въ очень скудномъ количествѣ и бациллъ совсѣмъ не содержитъ.

И такъ, резюмируя все сказанное, мы приходимъ къ заключенію, что противъ тифа и за туберкулезъ говорятъ главнымъ образомъ слѣдующія данныя: этіологія (наслѣдственность, корь, коклюшъ, продолжительныя нагноенія, и проч.), отсутствіе опухоли селезенки и тифозной розеолы при значительной, но неправильной лихорадкѣ и при сильномъ кашлѣ съ одышкой, несмотря на почти отрицательные результаты физикальнаго изслѣдованія груди. Если можно открыть бугорки на choroid., то сомнѣній въ діагностикѣ быть уже не можетъ.

При діагностикѣ сомнительныхъ случаевъ тифа отъ туберкулеза надо имѣть въ виду еще и то, что послѣдній не рѣдко протекаетъ скрытно, что бугорки не всегда высыпаютъ въ легкихъ, и потому можетъ отсутствовать не только одышка, но и кашель. Если бугорчатка локализируется въ неважныхъ для жизни органахъ, напр., въ бронхіальныхъ железахъ или если бугорковъ не особенно много, то кромѣ лихорадки можетъ не быть никакихъ другихъ симптомовъ. Врачъ, не находя для объясненія лихорадки никакихъ мѣстныхъ болѣзней, останавливается на предположеніи легкаго тифа, но наперекоръ его предсказанію лихорадка затягивается дольше 4 недѣль и наконецъ все дѣло разрѣшается проявленіемъ туберкулезной пневмоніи или острой головной водянки. Подобныя ошибки я переживалъ, къ сожалѣнію, не одинъ разъ и, быть можетъ, это послужитъ нѣкоторымъ утѣшеніемъ начинающимъ врачамъ, если и имъ случится ошибиться.

По моему мнѣнію, избѣгнуть заблужденія въ нѣкоторыхъ случаяхъ просто невозможно.

Діагностика тифа отъ туберкулезнаго менингита въ типическихъ случаяхъ послѣдняго не представляетъ никакихъ затрудненій, потому что meningitis tuberculosa s. hydrocephalus acutus протекаетъ почти *безъ лихорадки* и *всегда начи-*

нается рвотой, упорно продолжающейся нѣсколько дней подъ рядъ, чего при тифѣ никогда не бываетъ. Далѣе характеристична *головная боль*, очень сильная уже съ перваго дня и продолжающаяся до періода потемнѣнія сознанія. Если эти два симптома, т. е., головная боль и рвота выражены рѣзко, если, напр., головная боль такъ сильна, что заставляетъ больнаго по временамъ вскрикивать, а рвота повторяется послѣ каждаго питья въ теченіе 3—4 дней подъ рядъ, то діагностику менингита можно ставить, не опасаясь ошибки.

Къ концу первой недѣли діагностика дѣлается совсѣмъ уже легкой, потому что ребенокъ становится апатичнымъ, пульсъ его замедленъ и неправиленъ, животъ вваливается или, по крайней мѣрѣ, уплощается, (тогда какъ при тифѣ онъ начинаетъ вздуваться уже на 3—4 день), дыханіе прерывается глубокими вздохами, взглядъ дѣлается неподвижнымъ и т. д.

Но кромѣ этихъ случаевъ, такъ сказать, типическаго менингита встрѣчаются еще и другіе, въ которыхъ діагностика между тифомъ и острой головной водянкой колеблется въ теченіе многихъ дней. Болѣе частая ошибка состоитъ въ томъ, что туберкулезный менингитъ принимается за тифъ, но намъ приходилось дѣлать и обратную ошибку — принимать тифъ за менингитъ. Возможность подобной ошибки объясняется тѣмъ, что въ началѣ менингита рвота не всегда бываетъ упорная, а иногда вырветъ только одинъ — два раза, а подобная рвота иногда случается и въ началѣ тифа. Далѣе при тифѣ нерѣдко замѣчается апатія и сонливость (наркотическое дѣйствіе тифознаго яда), относительно замедленный и неправильный пульсъ (см. симптоматологію — случай Cadet de Gassicourt), не вздутый и мягкій животъ и запоръ.

Въ случаѣ комбинаціи всѣхъ этихъ симптомовъ, конечно, можетъ явиться мысль о туберкулезномъ менингитѣ, по крайней мѣрѣ, при первомъ посѣщеніи больнаго. Но въ такихъ, сравнительно простыхъ, случаяхъ сомнѣніе въ діагностикѣ продолжается не долго, да и то лишь въ томъ

случаѣ, если нѣтъ опухоли селезенки и розеолы. Въ скоромъ времени, дня черезъ 2, много черезъ 3, діагностика выясняется, такъ какъ при тифѣ эти симптомы не развиваются далѣе, т. е. къ нимъ не присоединяются новые мозговые симптомы, между тѣмъ какъ туберкулезный менингитъ съ каждымъ днемъ прогрессируетъ все болѣе и болѣе.

Гораздо болѣе затрудненій для діагностики представляютъ случаи туберкулезнаго менингита, которые начинаются и въ продолженіи нѣскольких дней протекаютъ какъ тифъ, но на 2 недѣлѣ мало-по-малу появляются подозрительные мозговые симптомы, которые съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе выясняютъ развитіе острой головной водянки. Подобные случаи Rilliet и Barthez описали подъ именемъ *тифозной формы туберкулезнаго менингита.* Въ началѣ здѣсь не бываетъ никакихъ мозговыхъ симптомовъ: ни сильной головной боли, ни рвоты. По мнѣнію Rilliet и Barthez здѣсь дѣло начинается съ общаго остраго милліарнаго туберкулеза, къ которому скоро присоединяется пораженіе мозговыхъ оболочекъ, какъ одно изъ локализацій общаго туберкулеза.

По моему мнѣнію, къ такъ называемой тифозной формѣ менингита относятся двѣ разновидности острой головной водянки; одна изъ нихъ есть не что иное, какъ общій милліарный туберкулезъ съ послѣдовательнымъ пораженіемъ мозговыхъ оболочекъ, а потому въ началѣ или въ періодѣ предвѣстниковъ онъ и протекаетъ какъ общій туберкулезъ, т. е. съ высокой лихорадкой, но безъ мозговыхъ симптомовъ, и все сказанное по поводу діагностики тифа отъ милліарнаго туберкулеза относится и къ подобнымъ случаямъ менингита.

Другая разновидность тифозной формы головной водянки есть настоящій тифъ, осложненный въ дальнѣйшемъ теченіи простымъ (не туберкулезнымъ) серознымъ менингитомъ (см. осложненія). Въ обѣихъ разновидностяхъ мозговые симптомы появляются сравнительно поздно, большею частью на двѣ недѣлѣ отъ начала лихорадки, но разница состоитъ въ томъ, что при первой разновидности во все время лихора-

дочнаго періода нельзя замѣтить ни опухоли селезенки, ни тифозной розеолы, тогда какъ при второй формѣ оба эти симптома бываютъ на лицо, въ *чемъ* и состоитъ существенная клиническая разница этихъ двухъ формъ.

Діагностика тифа отъ ульцерознаго эндокардита иногда тоже очень трудна, но это обстоятельство въ практическомъ отношеніи потому не имѣетъ большаго значенія, что ульцерозный эндокардитъ въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается чрезвычайно рѣдко, такъ что я, напр., въ теченіе своей 11-и-лѣтней больничной практики не наблюдалъ его ни разу, а въ литературѣ, по словамъ Dusch'a (Gerhardt's Handb. B. IV, стр. 359) описано только 3 случая, а потому достаточно указать на возможность ошибки въ этомъ направленіи и отмѣтить, что ульцерозный эндокардитъ въ своей тифозной формѣ всегда симулируетъ *тяжелый* тифъ и что подозрѣвать его можно въ томъ случаѣ, если явленія тяжелаго тифа развиваются у ребенка, страдающаго порокомъ сердца и въ теченіе болѣзни появляются симптомы эмболіи, напр., внезапная гемиплегія, кровохарканіе, петехіи на кожѣ и др. Опухоль селезенки наблюдается при ульцерозномъ эндокардитѣ также постоянно, какъ и при тифѣ; при немъ бываетъ также и сыпь въ родѣ тифозной розеолы.

Діагностику между тифомъ и острымъ гнойнымъ менингитомъ приходится ставить въ случаяхъ самаго тяжелаго тифа (большею частію сыпнаго), начинающагося безъ предвѣстниковъ и протекающаго съ самаго начала при высокихъ температурахъ и съ значительнымъ пораженіемъ общаго чувствилища. Къ концу 1-й недѣли появляется уже сведеніе затылка, а иногда и спины, сознаніе исчезаетъ и вообще картина болѣзни напоминаетъ острый менингитъ. Въ пользу тифа въ такихъ случаяхъ всего больше говоритъ свѣжая *опухоль селезенки* (если только она есть), *отсутствіе упорной рвоты* въ началѣ болѣзни, отсутствіе судорогъ или позднее ихъ появленіе и сравнительно *долгая продолжительность*. Смерть при тифѣ обыкновенно наступаетъ между 7 и 9 или 11 днемъ, тогда какъ при гнойномъ менингитѣ на

3—5 день. На послѣднее страданіе указываютъ также упорная рвота въ первые дни заболѣванія, сильнѣйшая головная боль, раннее появленіе (уже на 3-й день) судорогъ и потери сознанія и наличность той или другой причины для менингита (ушибъ, инсоляція, течь изъ уха и пр.).

Лѣченіе.

Въ видахъ *профилактики* весьма интереснымъ является вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли запрещать матери или кормилицѣ, заболѣвшей тифомъ, продолжать кормленіе грудью ребенка? Хотя во главѣ объ этіологіи тифа и было уже сказано, что вопросъ о возможности зараженія ребенка тифомъ черезъ грудное молоко принадлежитъ къ числу нерѣшенныхъ, но тѣмъ не менѣе при ясно выраженномъ тифѣ, всякій врачъ, конечно, запретитъ кормленіе, такъ какъ этого требуютъ интересы и ребенка и самой матери. Дѣло въ томъ, что подъ вліяніемъ продолжительной лихорадки количество молока замѣтно убываетъ и самое качество его измѣняется, такъ что ребенка все равно придется прикармливать, да кромѣ того матери и такъ предстоитъ значительное истощеніе отъ болѣзни и было бы неблагоразумно подвергать ее истощенію кормленіемъ ребенка.

Такъ какъ тифозный ядъ можетъ содержаться и въ коровьемъ молокѣ, то всегда слѣдуетъ его давать дѣтямъ только въ кипяченомъ видѣ.

Что касается до того, *отдѣлять ли больнаго отъ здоровыхъ*, то въ виду незаразительности брюшнаго тифа — изоляція больнаго можетъ считаться мѣрой излишней; гораздо важнѣе позаботиться о дезинфекціи его испражненій и бѣлья, а также отхожаго мѣста и помойныхъ ямъ.

Лѣченіе развившагося тифа требуетъ главнымъ образомъ правильной гигіены и діэты. Если больному данъ хорошій воздухъ, установлена цѣлесообразная діэта и обезпеченъ надлежащій уходъ, то значитъ сдѣлано все существенно необходимое, чтобы случай протекъ благополучно и безъ осложненій. Вліяніе подобныхъ условій можно замѣтить

почти на каждомъ изъ тификовъ, поступающихъ въ дѣтскую больницу изъ подвальныхъ этажей или вообще изъ мизерной обстановки. Вліяніе это выражается тѣмъ, что температура на 2-й день пребыванія въ больницѣ большею частью оказывается ниже, чѣмъ въ день поступленія и что бредъ, на который жаловались родные, иногда совсѣмъ исчезаетъ. Такой результатъ мы должны приписать только перемѣнѣ обстановки больнаго, такъ какъ большинство больныхъ остаются у насъ при выжидательномъ способѣ лѣченія и получаютъ только холодный компрессъ на голову и микстуру съ соляной кислотой.

Въ частной практикѣ больному всего лучше дать двѣ просторныхъ, чистыхъ и свѣтлыхъ комнаты, чтобъ можно было поочередно ихъ вентилировать; t^0 комнаты не должна выходить изъ границъ 13—14° R.; въ крайности пусть она будетъ лучше на градусъ ниже 13-и, чѣмъ на 1—2 выше 14-и. Самое строгое соблюденіе чистоты какъ самаго больнаго, такъ и его постели необходимо съ одной стороны въ видахъ профилактики для избѣжанія возможнаго зараженія окружающихъ, напр., чрезъ запачканное каломъ бѣлье, а съ другой стороны и для предотвращенія пролежней. Обтиранія тѣла комнатной или чуть подогрѣтой водой хотя и не понижаютъ замѣтнымъ образомъ температуру тѣла, но очень полезны въ цѣляхъ чистоты и потому ихъ всегда слѣдуетъ назначать. Для обтираній всего лучше брать воду такой температуры, которая не была бы непріятна для больнаго, но вмѣстѣ съ тѣмъ нѣсколько освѣжала бы его. Многимъ нравится комнатная вода (16° R.), другимъ подогрѣтая (20—22°); процедура обтиранія совершается мокрой губкой, которой проводятъ сначала по передней поверхности тѣла, не исключая и лица, а потомъ по задней; избытокъ воды удаляется съ кожи прикладываніемъ (а не треніемъ) сухаго полотенца. Обтиранія дѣлаются раза 3 въ день или черезъ 2 часа. Нѣкоторые совѣтуютъ прибавлять къ водѣ ароматическаго уксуса (1—2 столовыхъ ложки на стаканъ) и приписываютъ этой прибавкѣ хорошее вліяніе не только на самочувствіе больнаго, но и на температуру.

Что касается до діэты, то прежде всего надо позаботиться о питьѣ и чѣмъ больше больной сонливъ, и чѣмъ суше его языкъ, тѣмъ чаще слѣдуетъ предлагать ему питье, не дожидаясь его просьбы. Можно давать ему и свѣжую воду, и легкій лимонадъ (пока нѣтъ поноса), и воду съ виномъ, и холодный чай или миндальное молоко, но только при соблюденіи одного условія — всякій разъ понемногу, напр., по десертной или по столовой ложкѣ за разъ, хоть каждые 20—30 минутъ. Пища должна быть исключительно жидкая даже и въ легкихъ случаяхъ тифа, хотя отступленіе отъ этого правила въ дѣтскомъ тифѣ и не такъ опасно, какъ при тифѣ у взрослыхъ. Можно давать бульонъ (говяжій или куриный, это все равно) и молоко, но не больше $^1/_2$ чашки на пріемъ черезъ 3 часа. Если молоко плохо переваривается и вызываетъ пученіе или боль живота, или если при поносѣ въ испражненіяхъ появляются не переваренные комки молочнаго распада, то можно попробовать давать разведенное молоко, напр., пополамъ съ чаемъ или съ прибавкой $^1/_3$ части овсянаго отвара (чайную ложку овсяной муки сварить въ стаканѣ воды и процѣдить черезъ полотно) или при запорѣ съ зельтерской водой и проч. Если тѣ же припадки продолжаются не смотря на принятыя предосторожности, то слѣдуетъ замѣнить коровье молоко кумысомъ или мукой Нестли. Мясо и хлѣбъ лучше совсѣмъ не давать до полнаго прекращенія лихорадки, а потомъ начать съ размоченнаго хлѣба и съ рубленнаго мяса, поджареннаго на бульонѣ; начиная съ двухъ чайныхъ ложекъ въ день и потомъ постепенно прибавляя, дойти дня черезъ 4 до цѣлой котлеты, если только она хорошо переносится; въ это же время можно назначить и яица въ смятку.

Вставать съ постели мы позволяемъ нашимъ больнымъ, какъ только по окончаніи лихорадки они окажутся для этого достаточно сильными: въ легкихъ случаяхъ черезъ день, а въ болѣе тяжелыхъ дней черезъ 6 и позднѣе.

Фармацевтическое лѣченіе. Извѣстно, что купировать тифъ мы не въ состояніи, но по отзыву многихъ компетентныхъ врачей мы можемъ во многихъ случаяхъ облегчить его те-

ченіе и сдѣлать благопріятный исходъ болѣе вѣроятнымъ. Достигается это назначеніемъ въ началѣ тифа слабительныхъ пріемовъ *каломеля*. Онъ рекомендуется для лѣченія тифа у взрослыхъ такими врачами, какъ Wunderlich, Traube, Niemeyer, Liebermeister, Боткинъ. Захарьинъ и др. По статистикѣ Liebermeister'а каломель, данный до 9-го дня въ количествѣ 8 гранъ на пріемъ, 3—4 раза въ день (взрослому), не только уменьшаетъ % смертности, но во многихъ случаяхъ укорачиваетъ и теченіе тифа. Въ параллельныхъ случаяхъ, подвергнутыхъ одинакому лѣченію и режиму, но въ одной половинѣ съ каломелемъ, а въ другой безъ него, смертность была у первыхъ—11,7, а у вторыхъ—18 3, а при исключеніи легкихъ случаевъ—16,3 и 25,3. Но конечно есть и такіе врачи, которые предостерегаютъ отъ назначенія каломеля; Huttenbrenner, напр., думаетъ, что средство это располагаетъ къ поносу, а англичанинъ Ellis (Manuel pratique des maladies de l'ent. 1884, стр. 152) идетъ еще дальше и утверждаетъ, что одинъ дозъ каломеля, данный въ началѣ болѣзни, можетъ убить больнаго. Мы назначаемъ каломель только въ свѣжихъ случаяхъ, именно не позднѣе 7-го дня и если у больнаго нѣтъ поноса. Дѣтямъ 5—7 лѣтъ мы даемъ по 3 грана черезъ 3 часа до обильнаго послабленія и не болѣе трехъ порошковъ; дѣтямъ 7—12 лѣтъ по 4—5 гранъ, тоже 3 порошка до дѣйствія. Для избѣжанія воспаленія десенъ одновременно съ каломелемъ и дня 4 послѣ него больной полощетъ ротъ 2% растворомъ бертолетовой соли, а если ребенокъ еще не умѣетъ полоскать, то въ случаѣ пораженія рта kali chloricum дается внутрь, напр., по чайной—десертной ложкѣ такого раствора: Rp. Kali chlorici Эj. Aq. dest. ℥jjj. Syr. simpl. ʒjjj. DS. Ребенку 3—6 лѣтъ.

Если больной поступаетъ на руки врача на 2-й недѣлѣ болѣзни, то остается только симптоматическое лѣченіе Такъ какъ мы не считаемъ *лихорадку* при тифѣ за симптомъ особой важности и не думаемъ, что опасность для тифика стоитъ въ прямомъ отношеніи къ высотѣ температуры, то мы очень рѣдко прибѣгаемъ къ жаропонижающимъ сред-

ствамъ и тѣмъ не менѣе $^0/_0$ смертности отъ тифа въ нашей больницѣ нисколько не больше чѣмъ въ нѣмецкихъ клиникахъ, гдѣ въ большомъ ходу и ванны, и хининъ. Тѣмъ не менѣе, однако, изъ противолихорадочныхъ средствъ при тифѣ, мы испытали дѣйствіе трехъ: 1) салициловаго натра, 2) хинина и 3) антипирина.

Салициловый натръ назначался дѣтямъ до 7 лѣтъ по числу лѣтъ (по грану на годъ), а старшимъ по 10 гранъ черезъ 3 часа въ теченіе дня, и почти всегда къ вечеру достигалось паденіе температуры на 1—3°, но къ утру она снова подымалась на прежнюю высоту, такъ что въ теченіе нѣсколькихъ дней такого лѣченія получался извращенный типъ лихорадки (фиг. 1). Развитіе другихъ тифозныхъ симптомовъ (бредъ, поносъ и проч.), при этомъ нисколько не задерживалось, и продолжительность болѣзни замѣтно не укорачивалась, а между тѣмъ часто появлялись непріятные побочныя дѣйствія лѣкарства, такъ что въ общемъ больной оставался отъ такого лѣченія скорѣе въ проигрышѣ, чѣмъ въ выгодѣ. Такъ какъ natrum salicylicum и до сихъ поръ еще рекомендуется въ нѣкоторыхъ руководствахъ, то мы считаемъ нужнымъ перечислить эти побочныя дѣйствія: 1) *шумъ въ ушахъ* и *сухость* или *жженіе въ глоткѣ*; 2) *сухой кашель* въ видѣ перхоты вслѣдствіе катарральнаго состоянія задней стѣнки глотки; 3) *рвота* послѣ первыхъ-же пріемовъ или при повтореніи ихъ; 4) *эритема* появляющаяся симетрично на обѣихъ половинахъ тѣла; въ слабой степени она занимаетъ только 2 и 3 фаланги пальцевъ рукъ и ногъ, а въ другихъ распространяется на ладони, подошвы и выше; 5) Steffen, одинъ изъ поклонниковъ салицил. натра, почти въ половинѣ своихъ случаевъ наблюдалъ подкожную *водянку* лица, рукъ и ступней, а иногда также голеней и предплечья при ничтожной альбуминуріи. Послѣ отмѣны лекарства отеки черезъ нѣсколько дней исчезали. У дѣвочки 7 лѣтъ послѣ того, какъ она приняла въ 19 дней унцію natr. salic., развился тяжелый нефритъ, а у дѣвочки 11 лѣтъ, принявшей въ 29 дней полтора унціи средства,—pyelitis (Steffen); 6) самымъ непріятнымъ и опаснымъ побочнымъ дѣйствіемъ

бываетъ *коллапсъ*, при чемъ пульсъ дѣлается очень частъ, малъ и слабъ, дыханіе затрудняется, сознаніе бываетъ помрачено, слизистыя оболочки слегка ціанотичны, лицо блѣдно, конечности холодны и проч. Baginsky наблюдалъ при салиц. натрѣ, что паденіе температуры сопровождалось безпокойствомъ, безсонницей, усиленіемъ бреда, блѣдностью лица и ослабленіемъ пульса. При настойчивомъ лѣченіи тифа салициловымъ натромъ, напр. по методу Riess'а (Berl. kl. Wochens. 1875. № 50 и 51) процентъ смертности замѣтно повышается и у самого Riess'а, онъ дошелъ до 24%. Однимъ словомъ, салициловый натръ негодится для лѣченія тифа.

Хининъ средство слишкомъ извѣстное, чтобъ о немъ распространяться. Дѣтямъ мы даемъ его вдвое противъ числа лѣтъ (напр., для ребенка 5 лѣтъ 10 гранъ) въ одинъ или два пріема на ночь, и если къ утру температура не падаетъ ниже 38,5, то черезъ сутки можно дать $1^1/_2$ пріема. Кромѣ шума въ ушахъ и иногда рвоты, такіе дозы хинина не производятъ ничего дурнаго. Паденіе температуры держится, смотря по періоду болѣзни и упорству лихорадки, отъ нѣсколькихъ часовъ до $1^1/_2$ сутокъ.

Антипиринъ принадлежитъ къ числу новыхъ средствъ и его физіологическое дѣйствіе еще не вполнѣ изучено, но судя по опубликованнымъ уже физіологическимъ и клиническимъ наблюденіямъ, онъ отличается отъ родственнаго ему каирина своей сравнительной безвредностью и главнымъ образомъ тѣмъ, что не разрушаетъ гемоглобина и не производитъ коллапса. Его рекомендуютъ давать въ дѣтскомъ возрастѣ по $1^1/_2$ грана на годъ, повторяя этотъ пріемъ черезъ 1—2 часа; такъ, напр. ребенку 6 лѣтъ Rp. Antipyrini gr. IX D.t. dos. № 6. S. По 1 порошку черезъ 2 часа до дѣйствія (т. е. до паденія температуры) но не больше трехъ порошковъ въ день. Если полученный эфектъ оказывается недостаточнымъ, то на слѣдующій день даютъ порошки черезъ часъ или черезъ $^1/_2$ часа, а если и этого мало, то увеличиваютъ дозъ. По нашимъ наблюденіямъ надъ антипириномъ въ лихорадочныхъ болѣзняхъ вообще и въ част-

ности въ тифѣ, это средство отличается крайней неопредѣленностью дѣйствія, что зависитъ повидимому не столько отъ свойства лихорадки, сколько отъ индивидуальности больнаго. Вообще вышеприведенные дозы мы считаемъ слишкомъ большими; главное ихъ неудобство состоитъ въ томъ, что они часто вызываютъ рвоту. Не зная индивидуальности больнаго, слѣдуетъ начинать съ гораздо меньшихъ пріемовъ, напр. по $1/2$ грана на годъ черезъ часъ по порошку, напр. для ребенка 6 лѣтъ. Rp. Antipyrini grjjj. D. t. D. № 6 S. По 1 порошку черезъ часъ. Въ одномъ случаѣ брюшнаго тифа у дѣвочки 12 лѣтъ, мы назначили на консиліумѣ съ докторомъ Яблоковымъ антипиринъ по 10 гранъ черезъ 2 часа до дѣйствія. Въ 1-й день температура пала почти до нормы уже послѣ 2-го пріема, но появилась тошнота; на 2-й день тѣже пріемы вызывали рвоту, и дѣйствіе на температуру ровнялось нулю. Дальнѣйшимъ наблюденіемъ выяснилось, что для данной больной было совершенно достаточно для пониженія температуры ниже 38,5 одного пріема въ 5 гранъ. Дѣйствіе продолжалось нѣсколько часовъ и не сопровождалось ни тошнотой, ни изжогой, на которую указываютъ нѣкоторые авторы. Замѣчу кстати, что хотя тифъ въ этомъ случаѣ былъ далеко не тяжелый и ничѣмъ не осложненный, но тѣмъ не менѣе онъ тянулся дольше четырехъ недѣль. Въ общемъ выводѣ можно сказать, что хотя антипиринъ и понижаетъ температуру у тификовъ довольно вѣрно, и по желанію врача можно довести ее даже до нормы, но продолжительность болѣзни этимъ, какъ кажется, нисколько не укорачивается, а облегчается-ли этимъ теченіе тифа, уменьшается-ли % смертности и устраняются-ли осложненія, остается пока еще не выясненнымъ

Абсолютнымъ противопоказаніемъ для всякаго антипиритическаго лѣченія (въ томъ числѣ и водой) мы считаемъ ослабленную дѣятельность сердца, выражающуюся ослабленіемъ 2-го тона, шумомъ при верхушкѣ сердца, едва замѣтнымъ сердечнымъ толчкомъ, частымъ, слабымъ пульсомъ и проч.

Для пониженія температуры при тифѣ многими рекомен-

дуются еще *ванны, обтиранія и завертыванія.* Объ обтираніяхъ было уже говорено, что онѣ не понижая температуру, доставляютъ больному только субъективное облегченіе, освѣжая его. Для завертываній въ мокрыя простыни и для ванъ показанія одинаковы; еще не такъ давно ихъ совѣтовали дѣлать всякій разъ, какъ только термометръ показываетъ подъ мышкой 39%; слѣдуя этому правилу приходилось измѣрять температуру больнаго каждый часъ и въ тяжелыхъ случаяхъ также часто сажать больнаго въ ванну, что нѣкоторыми поклонниками водянаго лѣченія тифа и выполнялось въ точности, такъ напр., Steffen сдѣлалъ въ одномъ случаѣ у 14-и лѣтней дѣвочки 54 ванны въ продолженіи 57 часовъ. При этомъ какъ-бы забывалось, что тифики нуждаются не только въ ваннахъ, но и въ покоѣ. Въ настоящее время, однако, взгляды измѣнились, и даже самые горячіе поклонники водянаго лѣченія тифа уже не стремятся держать тификовъ при постоянно низкихъ температурахъ, а совѣтуютъ дѣлать ванны только вечеромъ и ночью т. е. не задолго до наступленія обычной утренней реммиссіи, съ цѣлью сдѣлать ее болѣе глубокой и такимъ образомъ устранить вредное вліяніе *постоянно* высокихъ температуръ, такъ какъ „лихорадка, при которой имѣются весьма высокіе градусы температуры, но только въ теченіе короткаго времени, говоря вообще, лучше переносится, нежели лихорадка съ менѣе высокой температурой, но болѣе продолжительная“ (Общая терапія Ziemssen'а Т. II. с. 107), и потому „для устраненія опасности достаточно добиться сильныхъ, болѣе или менѣе продолжительныхъ послабленій или перемежекъ“.

Ванны, по нашему мнѣнію, показаны не высотой лихорадки, а извѣстными припадками со стороны нервной системы. Если тифъ протекаетъ при значительныхъ температурахъ, но при ничтожныхъ нервныхъ явленіяхъ, если больной бодръ, въ полномъ сознаніи и проч., то въ ваннахъ нѣтъ никакой надобности; напротивъ онѣ совершенно умѣстны, если при высокихъ температурахъ больной очень сонливъ, много бредитъ, языкъ его сухъ и проч. Противопоказаніемъ для ваннъ служитъ слабость сердца и распро-

страненный бронхитъ, (гипостазы въ легкихъ), а также и непреодолимое отвращеніе больнаго къ водѣ.

У дѣтей употребляются только тепловатыя, постепенно охлаждаемыя ванны, а отнюдь не холодныя (во избѣжаніе коллапса). Ребенка сажаютъ въ воду 28° и держутъ его въ ваннѣ до 10—15 минутъ, постепенно прибавляя къ ней стаканами холодную воду, пока t° не спустится до 24°. Для среднихъ случаевъ тифа достаточно одной-двухъ ваннъ въ сутки, для тяжелыхъ не болѣе четырехъ. Ванны освѣжаютъ больныхъ гораздо лучше завертываній, да кромѣ того онѣ и больнымъ пріятнѣе, а потому завертыванія могутъ имѣть мѣсто лишь въ случаѣ недостатка воды или вообще, когда для окружающихъ затруднительно дѣлать ванны. Для завертываній берется простыня, смоченная комнатной или болѣе прохладной водой и постланная поперекъ постели; на нее кладется больной такимъ образомъ, чтобъ верхній край простыни приходился-бы подъмышки: потомъ больной завертывается съ ногами въ простыню и быстро растирается до полнаго согрѣванія простыни; минутъ черезъ 10 его завертываютъ въ другую простыню и такъ повторяютъ раза 3—4.

Поносъ требуетъ діэтическаго и фармацевтическаго лѣченія. Кислое питье при поносѣ не годится, а молоко слѣдуетъ запрещать лишь въ томъ случаѣ, если оно плохо переваривается, т. е. если въ испражненіяхъ являются бѣлые комки. Въ случаѣ не очень значительнаго поноса, можно, не отмѣняя молока, попытаться сдѣлать его болѣе удобоваримымъ посредствомъ разведенія и назначать его столовыми ложками черезъ 2 часа. Изъ лѣкарствъ всего чаще мы прибѣгаемъ къ опію и даемъ его ребенку 5—6 лѣтъ 4 капли pro die, старшимъ соотвѣтственно больше, а также висмутъ (по 2 грана 4 раза въ день) или таннинъ (2 и 3 гр. pro die въ томъ-же возрастѣ). При боляхъ живота—согрѣвающій компрессъ, а при метеоризмѣ—настойку валерьяны (Rp. Inf. rad. valer. ex gr. X ad ℥jj Trae opii simpl. gttvj Syr. simpl. ʒjj MDS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ, а послѣ 8 лѣтъ—по десертной. Если метеоризмъ сопровождается запоромъ, то валерьяна безъ опія и прохладные клистиры.

Бронхитъ въ большинствѣ случаевъ бываетъ, такъ не значителенъ, что особаго лѣченія не требуетъ, но въ случаѣ большаго количества хриповъ показаны отхаркивающія, и такъ какъ это случается обыкновенно въ тяжелыхъ случаяхъ тифа, при ослабленной дѣятельности сердца и при наклонности къ гипостазамъ въ легкихъ, то вмѣстѣ съ возбуждающими, напр., Rp. Inf. pol. seneg. ex Əj ad ℥jj liquoris. ammon. anis. gtt XV Syr. ipecac. ʒjj DS. По чайной ложкѣ черезъ 2 часа. Въ подобныхъ случаяхъ полезны также летучіе горчишники на грудь и спину, а при гипостатическихъ явленіяхъ—сухія банки по бокамъ позвоночника. Тоже лѣченіе имѣетъ мѣсто и при развитіи воспалительныхъ фокусовъ въ легкихъ.

Изъ *нервныхъ симптомовъ* предметомъ симптоматическаго лѣченія могутъ быть головная боль, сильное возбужденіе или сопоръ. Противъ головной боли мы употребляемъ только холодный компрессъ на голову, а противъ сильнаго бреда, сонливости и проч., при хорошемъ пульсѣ—тепловатыя ванны и вино, а при слабой дѣятельности сердца вино—черезъ часъ по чайной или десертной ложкѣ мадеры или портвейна и другія возбуждающія, напр. валерьяна, мускусъ (по $^1/_4$—$^1/_2$ гр. черезъ 2 часа) и др. При глубокомъ сопорѣ прибѣгаемъ къ холоднымъ обливаніямъ головы.

Пролежни успѣшно лѣчатся подкладываніемъ подъ больное мѣсто круглой воздушной подушки и старинной мазью съ дубильно-кислымъ свинцомъ—ung plumbo-tannicum.

Чирья, являющіеся въ періодѣ выздоровленія у истощенныхъ тификовъ, требуютъ общаго укрѣпляющаго лѣченія посредствомъ питательной діэты и вина.

Водянка, встрѣчающаяся иногда при тифѣ, особаго лѣченія не требуетъ.

При явленіяхъ *перитонита*—ледъ на животъ и подкожныя инъекціи морфія около мѣста наисильнѣйшей боли, или опій внутрь до появленія наркоза; но всякое лѣченіе здѣсь большею частью оказывается безсильнымъ, такъ же какъ и при осложненіи тифа острой головной водянкой.

СЫПНОЙ ТИФЪ. TYPHUS EXANTHEMATICUS.

Во многихъ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ сыпной тифъ вовсе не описывается подъ тѣмъ предлогомъ, что онъ не представляетъ у дѣтей никакихъ особенностей сравнительно съ тифомъ у людей взрослыхъ (Henoch), а отчасти потому, что онъ считается въ юномъ возрастѣ за большую рѣдкость. Но какъ то, такъ и другое не совсѣмъ справедливо. Что касается до особенностей дѣтскаго сыпного тифа, то онѣ тѣже что и при брюшномъ, такъ какъ и *сыпной тифъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ носитъ абортивный характеръ* и потому смертельный исходъ при немъ встрѣчается рѣдко. Во время эпидемій сыпнаго тифа дѣти заболѣваютъ имъ нисколько не рѣже взрослыхъ (см. Wyss въ Gerhardt's Hndbch. B. II. стр. 405). Въ теченіе 1881 и 82 годовъ въ Московской дѣтской больницѣ было 53 случая сыпнаго тифа (34 м. и 19 дѣв), которые по возрасту распредѣлялись такъ: 0—3=0; отъ 3 до 6 лѣтъ=6 (3 м. и 3 дѣв.) отъ 6 до 9=9 (7 м. и 2 дѣв.) отъ 9 до 12=38 (24 м. и 14 дѣв.).

Сыпной тифъ у дѣтей по своимъ припадкамъ и теченію имѣетъ большое сходство съ брюшнымъ тифомъ и въ особенности съ абортивнымъ, а потому я не стану описывать его подробно, а укажу только на его отличительныя особенности.

Этіологія.

Въ Этіологическомъ отношеніи сыпной тифъ отличается отъ брюшнаго главнымъ образомъ своей несомнѣнной кон-

тагіозностью. Въ Московской дѣтской больницѣ за два года было 8 случаевъ заболѣванія сыпнымъ тифомъ въ больницѣ. Періодъ инкубаціи въ точности неизвѣстенъ; какъ кажется, онъ короче, чѣмъ при брюшномъ и колеблется отъ 3 до 20 дней. Считается вѣроятнымъ, что въ началѣ болѣзни заразительность слаба, а подъ конецъ сильнѣе, особенно въ періодѣ выздоровленія (Wyss—l, c., стр. 404). Зараза находится въ атмосферѣ больнаго и потому зараженіе возможно не только безъ прикосновенія къ больному, но даже черезъ посредство третьяго лица, остающагося здоровымъ или черезъ вещи, бывшія при больномъ.

Другое отличіе его состоитъ въ томъ, что къ заболѣванію сыпнымъ тифомъ особенно располагаютъ всякія лишенія касательно пищи и жилья, а потому вліяніе бѣдности въ этомъ случаѣ гораздо замѣтнѣе, чѣмъ при брюшномъ. Сыпной тифъ есть болѣзнь преимущественно рабочаго класса, тогда какъ въ частной практикѣ сравнительно съ брюшнымъ онъ встрѣчается рѣдко.

Патологическая анатомія.

При сыпномъ тифѣ мы не встрѣчаемъ при вскрытіи никакихъ рѣзкихъ измѣненій внутреннихъ органовъ, которыя были-бы для него также характеристичны, какъ, напр., пораженіе Пейеровыхъ бляшекъ для брюшнаго. Паренхиматозные органы, каковы печень, почки и сердце, а также и мышцы представляютъ явленія мутнаго набуханія съ наклонностью къ зернистому и жировому перерожденію, какъ и при другихъ острыхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ; селезенка болѣе или менѣе увеличена и дрябла; въ кишечномъ каналѣ и бронхахъ — явленія катарра. Кровь жидка и темна; на кожѣ не рѣдко встрѣчаются петехіи, а на серозныхъ оболочкахъ экхимозы.

Припадки и теченіе.

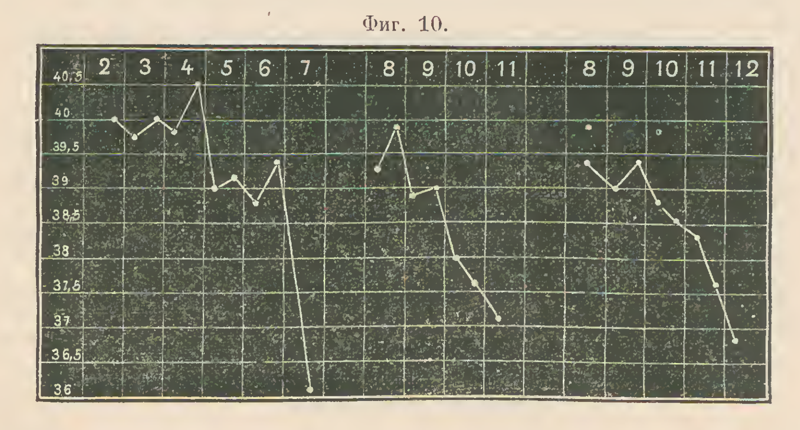
Въ общемъ картина болѣзни сыпнаго тифа очень похожа на брюшной тифъ, но въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ симпто-

махъ замѣчается существенная разница, которую главнымъ образомъ я и желаю отмѣтить.

Сыпной тифъ начинается обыкновенно внезапно т. е. безъ предвѣстниковъ, а если этотъ періодъ и замѣчается въ нѣкоторыхъ случаяхъ, то онъ очень коротокъ, не больше 1—3 дней.

Лихорадка при сыпномъ тифѣ въ отличіе отъ брюшнаго характеризуется быстрымъ началомъ, вслѣдствіе чего болѣзнь часто начинается съ болѣе или менѣе выраженнаго *зноба*, за которымъ слѣдуетъ значительный жаръ, такъ что ужь на 1-й вечеръ, много на 2-й, температура достигаетъ 40°/₀ и больше. Maximum температуры часто падаетъ на 2-й или 3-й вечеръ. Въ періодѣ фастигіума t° въ большинствѣ случаевъ стоитъ выше, чѣмъ при брюшномъ и колеблется съ утренними ремиссіями въ тяжелыхъ случаяхъ отъ 40 до 41, а въ случаяхъ средней силы отъ 39,5 до 40,5. Окончаніе лихорадочнаго періода совершается *кризисомъ*, хотя далеко не столь быстрымъ, какъ при крупозной пнеймоніи или при рекуррентѣ. Замѣтное ослабленіе лихорадки начинается обыкновенно дня за 3 или 4 до критическаго паденія температуры, которое совершается большею частью въ 36 часовъ, рѣже въ 24 или въ 48 часовъ (ф. 10). Иногда критическое паденіе температуры прерывается одинъ или два

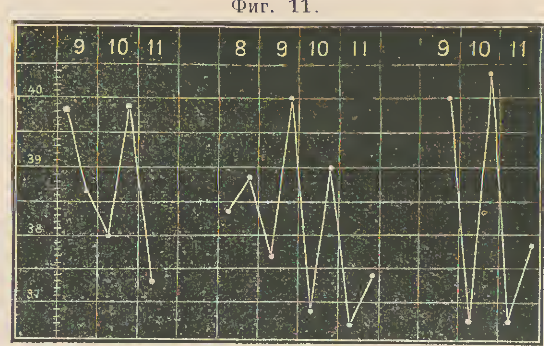
Фиг. 10.



раза вечерними повышеніями и тогда деферvесценція затягивается на 60—72 часа (ф. 11). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти

повышенія наступаютъ черезъ нѣсколько часовъ послѣ того, какъ температура достигла уже нормы и тогда получается слѣдовательно *ложный кризисъ* (ф. 11 послѣдній рис.). Такое окончаніе лихорадки сыпнаго тифа очень характерестично для него, такъ какъ и въ другихъ случаяхъ температура, упавши до нормы, почти никогда не остается совсѣмъ нормальной, но представляетъ одно или два вечернихъ, хотя и незначительныхъ повышенія, большею частью до 37,8 или до 38,2; такъ, что можно сказать, что сыпной тифъ почти никогда не окончивается съ разу, какъ это свойственно напротивъ рекурренту. Изъ 50 случаевъ кризисъ въ теченіе сутокъ встрѣтился намъ 3 раза; въ 36 часовъ—27 разъ; отъ 48 до 60 часовъ—14 разъ и дольше $2^1/_2$ сутокъ—6 разъ. Продолжительность сыпнаго тифа въ большинствѣ случаевъ равняется 11—14 днямъ, рѣдко онъ затягивается до 16-го дня, а еще дольше, напр., до 18-го дня только при осложненіяхъ.

Фиг. 11.



Опухоль селезенки при сыпномъ тифѣ встрѣчается также часто, какъ и при брюшномъ, т. е. почти постоянно, но увеличеніе ея идетъ, какъ кажется, быстрѣе, такъ какъ она раньше прощупывается. Мнѣніе Wyss'a и Lebert'a, по которому селезенка при сыпномъ тифѣ увеличивается лишь *немного*, для дѣтскаго возраста надо считать не справедливымъ, такъ какъ въ этомъ отношеніи между сыпнымъ и брюшнымъ тифомъ намъ неудалось подмѣтить никакой разницы.

Сыпь. Отдѣльныя пятнышки roseolae сыпнаго тифа не отличаются ничѣмъ существеннымъ отъ roseolae брюшнаго тифа, но разница состоитъ въ слѣдующемъ: 1) *время появленія сыпи*: при сыпномъ она высыпаетъ уже на 3 или 4 день, рѣже на 5—6, тогда какъ при брюшномъ всего чаще

въ началѣ второй недѣли до 11-го дня; 2) *быстрота высыпанія*: при сыпномъ roseolae высыпаетъ съ разу въ большомъ количествѣ, а при брюшномъ она высыпаетъ постепенно, въ теченіе нѣсколькихъ дней и въ концѣ концовъ остается всетаки скудной, 3) *обиліе сыпи и ея распространенность*: при сыпномъ тифѣ, сыпь въ большинствѣ случаевъ очень обильна и занимаетъ не только туловище, но и конечности, а иногда даже и лицо, (какъ при кори) и щадитъ только ладони и подошвы; при брюшномъ—сыпь обыкновенно замѣчается только на туловищѣ, особенно на нижней части груди и животѣ и не рѣдко въ ничтожномъ количествѣ; 4) кромѣ розеолозныхъ пятенъ, при сыпной тифѣ, особенно въ тяжелыхъ случаяхъ, встрѣчаются на туловищѣ еще и петехіи, въ видѣ синеватыхъ, не исчезающихъ подъ пальцемъ пятнышекъ, величиной отъ булавочной головки до чечевицы.

Roseola держится дня 2, а потомъ исчезаетъ, не оставл яя пигментныхъ пятнышекъ, (какъ это бываетъ, напр., при кори). На обиліе или скудность сыпи много вліяетъ характеръ эпидеміи: въ однихъ эпидеміяхъ почти всѣ случаи протекаютъ съ обильной сыпью, тогда какъ въ другое время сыпи бываетъ мало. Что въ нѣкорыхъ случаяхъ сыпной тифъ протекаетъ совсѣмъ безъ сыпи, это не можетъ подлежать сомнѣнію (см. аномальные случаи).

Нѣкоторые авторы упоминаютъ еще о *продромальной эритемѣ* при сыпномъ тифѣ, напоминающей таковую-же и при оспѣ. Такая эритема встрѣтилась намъ только одинъ разъ, именно у 6-и лѣтняго мальчика, заразившагося тифомъ въ больницѣ. Болѣзнь началась у него знобомъ и къ вечеру t° была уже около 40%; на 2-й день на груди, плечахъ и спинѣ появились крупныя, неправильнаго очертанія пятна, исчезнувшія на слѣдующій день. Дальнѣйшее теченіе тифа непредставляло никакихъ уклоненій отъ нормы и кончилось выздоровленіемъ (см. стр. 170 случ. 2-й).

Припадки со стороны *нервной системы* въ общемъ тѣ же, что и при брюшномъ тифѣ, чѣмъ и объясняется сходство картины этихъ двухъ болѣзней въ періодѣ разгара. Разница состоитъ только въ томъ, что тяжелые нервные симп-

томы, каковы: бредъ, прострація, сведеніе затылка, а также и фулигинозный языкъ въ случаяхъ сыпнаго тифа, развиваются раньше, чѣмъ при брюшномъ, напр., съ 3—5-го дня, причемъ температура можетъ быть очень умѣренной, а пульсъ сравнительно замедленнымъ, такъ, что получается нѣкоторое сходство съ менингитомъ, какъ это было напр., въ слѣдующемъ случаѣ:

Мальчикъ 11 лѣтъ, поступилъ въ больницу на 4-й день, послѣ зноба; языкъ очень сухъ, *запоръ* при слегка *ввалившемся животѣ*, селезенка не прощупывается, но тупой звукъ ея нѣсколько увеличенъ; на спинѣ, груди и животѣ обильная roseola и мѣстами петехіи; *пульсъ* 96 при t° 38,7 и 100 при 39,4 вечеромъ, слѣдовательно *относительно замедленъ*; ночью былъ бредъ. На 5-й день—довольно рѣзко выраженная сонливость, на 6-й—*сведеніе затылка* и сильный бредъ днемъ и ночью; сознаніе помрачено; то же состояніе на 7-й и 8-й дни, но на 9-й быстрая перемѣна къ лучшему: сведеніе затылка исчезло, пульсъ сдѣлался чаще (112 при 38,6), сознаніе полное, языкъ влажнѣе и чище, сыпь блѣднѣетъ, бреда почти нѣтъ даже и ночью, съ 11-го дня небольшой поносъ и критическое паденіе температуры; апатичное состояніе продолжалось до 20-го дня. Ходъ лихорадки былъ такой:

4-й	день	— —39,5.
5-й	„	38,7—39,4.
6-й	„	39,3—39,1.
7-й	„	39 —39,2.
8-й	„	38,6—39,2.
9-й	„	38,5—39,5.
10-й	„	38,3—39,9.
11-й	„	37,8—38,2.
12-й	„	37 —37,6.

И такъ, при умѣренной лихорадкѣ, у больнаго появились припадки напоминавшіе менингитъ (запоръ при ввалившемся животѣ, сонливость, сведеніе затылка и замедленный пульсъ) но тѣмъ не менѣе діагностика въ этомъ случаѣ была не трудна, такъ какъ увеличенная селезенка и обильная roseola слишкомъ ясно говорили за тифъ.

Органы пищеваренія при сыпномъ тифѣ поражаются мало. Языкъ представляетъ тѣ же измѣненія, что и при брюшномъ: онъ суховатъ, узокъ, на кончикѣ и краяхъ красенъ, въ тяжелыхъ случаяхъ совсѣмъ сухъ и покрытъ бурой

корой такъ же какъ и зубы. Животъ обыкновенно мягкій и плоскій (не вздутый) не смотря на *запоръ*; въ нѣкототыхъ случаяхъ бываетъ легкій поносъ, который никоимъ образомъ не можетъ считаться доказательствомъ противъ сыпнаго тифа. Въ нашихъ 53 случаяхъ запоръ, или нормальный стулъ, во все время болѣзни отмѣченъ 44 раза, а поносъ 9 разъ и въ томъ числѣ: однодневный—въ двухъ случаяхъ, двухдневный—тоже въ двухъ, трехдневный—въ одномъ и четырехдневный—въ четырехъ. Средняя продолжительность случаевъ безъ поноса была 11 дней, съ поносомъ—13.

Лицо большею частью бываетъ покраснѣвшимъ, соединительная оболочка глазъ—инъецированной. Подобные „красные глаза" считаются нѣкоторыми характерестичными для сыпнаго тифа. *Бронхитъ* при сыпномъ тифѣ явленіе обычное. Выздоровленіе послѣ окончанія лихорадки идетъ обыкновенно быстро, такъ какъ оно рѣдко задерживается осложненіями.

Неправильныя формы сыпнаго тифа. Несомнѣнно, что и сыпной тифъ, подобно всѣмъ инфектіознымъ болѣзнямъ, можетъ протекать или въ видѣ очень тяжелыхъ формъ, или въ видѣ очень легкихъ, абортивныхъ. Послѣднія, отличаясь отъ случаевъ средней силы короткостью и легкостью теченія, характеризуются еще тѣмъ, что при нихъ нерѣдко отсутствуетъ сыпь, такъ что, безъ знанія этіологіи, діагностика подобныхъ случаевъ отъ абортивныхъ случаевъ брюшнаго тифа была бы невозможна, но если причина болѣзни извѣстна, то распознаваніе конечно легко; такъ напр., съ 10-го марта по 14-е мая 1882 года въ нашу дѣтскую больницу поступило 15 человѣкъ (въ одномъ апрѣлѣ—12) изъ хора пѣвчихъ, жившихъ въ домѣ Кандинова, на Садовой. Въ числѣ этихъ 15 больныхъ были самые разнообразные представители случаевъ сыпнаго тифа, начиная съ самыхъ типическихъ и тяжелыхъ и кончая самыми легкими. Вотъ напр., случай абортивнаго сыпнаго тифа шестидневной продолжительности:

Пѣвчій, 10 лѣтъ, поступилъ въ больницу 18-го апрѣля 1882 г. Наканунѣ онъ былъ совершенно здоровъ, такъ, что пѣлъ за всѣночной; заболѣлъ онъ послѣ службы знобомъ, а затѣмъ жаромъ и головной болью, причемъ его одинъ разъ вырвало. Въ день поступленія (конецъ первыхъ сутокъ) вечеромъ t⁰=40,1; 2-й день=39,2 и 39,8. Сухой языкъ, мягкій животъ, запоръ; тупой звукъ селезенки увеличенъ, но селезенка не прощупывается; пульсъ 120; общее состояніе хорошо; ночью небольшой бредъ; 3-й день: 39—39,5. На туловищѣ кой-гдѣ разбросана roseola, запоръ продолжается, бреда и кашля нѣтъ. 4-й день: 38,6—38,5. Селезенка прощупывается, новой высыпи нѣтъ, прежняя исчезаетъ. 5-й день: 37,4—37,7. 6-й день: 36,2—37,5.

Въ слѣдующемъ случаѣ не было ни сыпи, ни опухоли селезенки: товарищъ предыдущаго, 11 лѣтъ, поступилъ 20-го апрѣля, заболѣлъ 3-го дня знобомъ, жаромъ и однократной рвотой; въ день поступленія вечеромъ t⁰ = 39,8; 4-й день: 39,6—39; 5-й день: 38,7—38,6; 6-й день: 37,2—38,3; 7-й день: 36,7.

Само собою разумѣется, что если-бъ мы не знали этіологіи этихъ случаевъ, то мы отнюдь не имѣли-бы права считать ихъ за случаи сыпнаго тифа, а отнесли бы первый изъ нихъ къ абортивному тифу неизвѣстнаго происхожденія, а послѣдній просто къ случаямъ неопредѣленной infectionitis. Изъ числа нашихъ 15-и человѣкъ пѣвчихъ, обильная сыпь отмѣчена только 8 разъ, а поносъ былъ у двоихъ.

Случаи больничнаго тифа.

Я уже выше упоминалъ, что въ теченіе 1881 и 82 годовъ у насъ въ больницѣ было 8 случаевъ зараженія тифомъ. Такъ какъ вопросъ о контагіозности тифовъ имѣетъ большое значеніе, какъ въ научномъ отношеніи, такъ и въ чисто практическомъ, то я въ подтвержденіе своего взгляда, что всѣ заразившіеся у насъ въ больницѣ имѣли сыпной тифъ, приведу въ главныхъ чертахъ всѣ эти случаи:

1. Дѣвочка 6 лѣтъ, поступила по поводу eczema chron., 30 ноября 80-го года, и заболѣла лихорадочнымъ состояніемъ 15-го марта 81-го года. 1-й день: 38,9—39,5; 6 гр. хинина. 2-й день: 38,8 — 39,5; 3-й день: 38,8 — 39,4; селезенка уже прощупывается. 4-й день: 38,5—39,8; довольно обильная roseola на туловищѣ. 5-й день: 39 - 39,2; 3 жидкихъ стула. 6-й день: 38,6 — 39,1; 3 жидкихъ стула. 7-й день: 39,8—38,6; не слабило. 8-й день: 37,7—38. 9-й день: 37.

Въ пользу сыпнаго тифа говоритъ здѣсь: быстрое поднятіе температуры, опухоль селезенки на 3-й день, сыпь на 4-й, восьмидневная продолжительность и критическое паденіе t⁰-ы (съ 39,8 на 37,7 въ 24 часа).

2. Мальчикъ 6 лѣтъ, поступилъ въ больницу по поводу favus'а 19-го августа 1881 года и заболѣлъ лихорадочнымъ состояніемъ 27-го сентября. 1-й день: 39,8. 2-й день: 38,6—40,7; крупнопятнистая эритема на туловищѣ, плечахъ и на правой щекѣ. 3-й день: 38,5—40,5; запоръ 2 дня; эритема исчезаетъ. 4-й день: 39,5—39,8; на туловищѣ и конечностяхъ обильная roseola; селезенка не прощупывается, но тупой звукъ ея увеличенъ. 5-й день: 39,3—40,2. 6-й день: 39,2—39,9. 7-й день: 38,8 — 39,2. 8-й день: 39,3 — 39,3. 9-й день: 38,5 — 39. 10-й день: 37,6—39,2. 11-й день: 37,5 37,7. 12 й день: 37.

За сыпной тифъ: maximum температуры на 2-й день (40,7), обильная сыпь не только на туловищѣ, но и на конечностяхъ, продолжительность болѣзни и быстрая деферvесценція.

3. Дѣвочка 7 лѣтъ, поступила по поводу катарральной жабы и бронхита 21 декабря 80 года и заболѣла тифомъ 16-го января 81 года. 1-й день: 39,2. 2-й день: 38,8—39,1. 3-й день: 38,6—39,6. 4-й день: 39,2 — 40. 5-й день: 39,4 — 40,3. 6-й день: 39,7—38,5. 7-й день: 39,6—40; слабило 2 раза жидко; обильная сыпь на туловищѣ, *конечностяхъ и на лицѣ*. 8-й день: 39,7 — 39,5. 9-й день: 39,5. 10-й день: 38,3. 11-й день: 38,3 —39. 12-й день: 38,9—37,5; слабило 3 раза. 13-й день: 37,2.

Хотя температура въ началѣ болѣзни поднималась въ теченіе 5 дней т. е. довольно медленно, но тѣмъ не менѣе обильная сыпь на конечностяхъ и *лицѣ*, а также быстрое окончаніе лихорадки говорятъ рѣшительно въ пользу сыпнаго тифа.

4. Мальчикъ 8 лѣтъ, поступилъ 24 мая 81 года съ стоматитомъ и черезъ 16 дней (10 іюня) заболѣлъ жаромъ. 1-й день: 39,6—39,8; ol. ricini. 2-й день: 37,6—40,5. 3-й день: 39,8—40,4; селезенка прощупывается. 4-й день: 39,6 — 40,3. 5-й день: 39,2—40,4. 6-й день: 39,7—40,3; roseola. 7-й день: 38,7 — 40. 8-й день: 39,6—38. 9-й день: 37,8—38, 8. 10-й день: 36—36,4.

5. Мальчикъ 10 лѣтъ поступилъ 13 апрѣля 82 года во время перваго приступа рекуррента, который продолжался 11 дней; послѣ 8-и дневной апирексіи 2-й приступъ 4-хъ дневный; послѣ того 15 дней былъ здоровъ и наконецъ заболѣлъ тифомъ: 1-й день: 38,3. 2-й день: 39—39,5. 3-й день: 38,3 — 39,6. 4-й день: 38,7—39,8. 5-й день: 39,6—40. 6-й день: 38,5—40,2. 7-й день: 38,7—40,3. 8-й день: 39,4—39,7; roseola. 9-й день: 39—39,2. 10-й день: 38,5—39,6. 11-й день: 38,6—38,5. 12-й день: 36.8.

. Дѣвочка 10 лѣтъ, выписалась изъ больницы и черезъ недѣлю послѣ того заболѣла жаромъ, почему снова поступила въ больницу на 4-й день болѣзни съ t^0=39,6 вечеромъ. 5-й день: *обильная roseola*, особенно на конечностяхъ, 39,1—39,5. 6-й день: 38,7—39,5. 7-й день: 39,8—39,8; слабило жидко 3 раза. 8-й день: 39,5—39,7; слабило 3 раза. 9-й день: 40—39,5. 10-й день: 39,5—40; нормальный стулъ. 11-й день: 38—38, 6. 12-й день: 38—37,2.

7. Дѣвочка 12 лѣтъ, поступила въ іюнѣ 81 года съ псоріазомъ и заболѣла тифомъ въ октябрѣ. 1-й день: 39,2. 2-й день: 38—38,5. 3-й день: 38,7—39,4. 4-й день: 39,7—40,1. 5-й день: 39,1—40. 6-й день: 39,7—40,1. 7-й день: 39,6—

40. 8-й день: 39,7—39,3. 9-й 38,7 — 39,6. 10-й день: 39,3 — 39,4. 11-й день: 38,6—38. 12-й день: 37,3—37,6. 13-й день: 36,8. Сыпи не было совсѣмъ.

8. Дѣвочка 12 лѣтъ, поступила съ экземой 8 декабря 81 года и заболѣла жаромъ 28 декабря. 1-й день: 39,8. 2-й день: 39,1—39,9. 3 день: 39,3 — 40; *roseola*. 4-й день: 39,6 — 39,7. 5-й день: 38,3 — 39,3. 6-й день: 39 — 39; 7-й день: 38,2—38,8. 8-й день: 37—37,5. 9-й день: 36,7.

Изъ этихъ восьми случаевъ сыпь на 3—6 день отмѣчена въ семи, и въ томъ числѣ въ трехъ очень обильная. Этотъ симптомъ въ связи съ быстрымъ началомъ болѣзни и короткой продолжительностью, при отсутствіи въ большинствѣ случаевъ поноса и заставляетъ насъ предположить, что это были случаи не абортивнаго брюшнаго тифа, а легкаго сыпнаго, такъ какъ въ противномъ случаѣ было бы очень трудно понять, почему никто изъ заболѣвшихъ въ больницѣ не представлялъ картины нормальнаго брюшнаго тифа, съ трехъ-недѣльной продолжительностью, съ поносомъ и съ литическимъ окончаніемъ лихорадки.

Осложненія.

Объ осложненіяхъ сыпнаго тифа много говорить не приходится; за исключеніемъ перитонита они тѣ же, что и при брюшномъ тифѣ, но только при сыпномъ они встрѣчаются рѣже, и потому смертность отъ сыпнаго тифа въ дѣтскомъ возрастѣ еще меньше чѣмъ при брюшномъ, а потому и

Предсказаніе

при немъ вообще очень хорошее; смертность въ различныхъ клиникахъ колеблется отъ 3 до 6%.

Діагностика.

Отъ брюшнаго тифа онъ отличается главнымъ образомъ раннимъ появленіемъ и обиліемъ сыпи, короткостью теченія и быстрымъ окончаніемъ лихорадки. Если сыпи нѣтъ или она скудна, то отличить сыпной тифъ отъ абортивнаго брюшнаго можно только на основаніи этіологическихъ условій.

Объ отличіяхъ сыпнаго тифа отъ перваго приступа рекуррента, см. главу о послѣднемъ.

При обильной сыпи, *если она занимаетъ и лицо*, сыпной тифъ легко принять за корь, особенно если неизвѣстно начало болѣзни. Отличіе состоитъ въ томъ, что коревая сыпь интензивнѣе окрашена, она не такъ блѣдна, какъ roseola typhosa, катарральныя явленія при кори выражены гораздо рѣзче и главное, что при кори, въ началѣ высыпанія почти всегда бываетъ пятнистая сыпь на слизистой оболочкѣ мягкаго неба, чего при сыпномъ тифѣ не наблюдается *никогда*; на оборотъ, свѣжая и значительная опухоль селезенки бываетъ только при тифѣ. Если больной попалъ на руки врача съ 1-го дня болѣзни, то діагностика еще легче, такъ какъ при кори сыпь появляется прежде всего на лицѣ и потомъ въ теченіе двухъ сутокъ распространяется сверху внизъ и на 3-й день доходитъ до голеней и ступней, при сыпномъ же тифѣ лицо поражается не раньше туловища, а нерѣдко и совсѣмъ не поражается. Если обильная, блѣдно-розовая сыпь, имѣющая форму небольшихъ пятнышекъ, занимаетъ только туловище и конечности, *но щадитъ лицо, то корь можно исключить.*

Одинъ разъ намъ случилось видѣть, что за сыпной тифъ была принята оспа съ продромальными петехіями на кожѣ. Петехіи при оспѣ являются уже на 2-й день и сопровождаются не только сильнымъ жаромъ, но и весьма тяжелымъ пораженіемъ общаго состоянія. Эти два симптома при сыпномъ тифѣ никогда не наступаютъ такъ рано, по крайней мѣрѣ въ дѣтскомъ возрастѣ.

Лѣченіе.

Сыпной тифъ заразителенъ, а потому въ видахъ профилактики необходимо изолировать больнаго и какъ можно старательнѣе вентилировать его комнату. Повидимому, ничто такъ не ослабляетъ силу заразы, какъ разрѣженіе ея посредствомъ провѣтриванія.

Собственно о лѣченіи сыпнаго тифа говорить нечего, такъ какъ здѣсь примѣнимо то же самое абортивное лѣченіе каломелемъ и та же симптоматическая терапія, что и при брюшномъ тифѣ.

ВОЗВРАТНАЯ ГОРЯЧКА — FEBRIS RECURRENS.

Возвратная горячка у дѣтей протекаетъ такъ же какъ у взрослыхъ, а потому долго останавливаться на описаніи этой болѣзни я не буду.

Этіологія.

Возвратная горячка принадлежитъ къ числу контагіозныхъ и эпидемическихъ болѣзней. Она поражаетъ главнымъ образомъ дѣтей, живущихъ въ дурныхъ гигіеническихъ условіяхъ, и потому въ частной практикѣ почти никогда не встрѣчается, тогда какъ въ больницахъ въ извѣстные года она составляетъ главный контингентъ тифозныхъ палатъ. Въ теченіе 1881 и 1882 годовъ въ нашей дѣтской больницѣ было всего 90 случаевъ, изъ числа которыхъ на долю мальчиковъ приходилось—52, а на долю дѣвочекъ — 38. По мѣсяцамъ наши больные распредѣлялись такъ:

	ян.	фев.	мар.	апр.	май.	іюн.	іюл.	авг.	сен.	окт.	нояб.	дек.	Всего.
Въ 1881 г.	16	7	5	2	5	—	—	1	1	1	1	5	44
„ 1882 „	5	5	12	16	4	—	—	1	—	2	1	—	46

По возрасту эти больные раздѣлялись такъ:

отъ 4 до 5 лѣтъ = 5 (всѣ мальчики)
„ 5 „ 6 „ = 7 (3 м. и 4 дѣв.).
„ 6 „ 7 „ = 8 (4 м. и 4 д.).
„ 7 „ 8 „ = 5 (3 м. и 2 д.).

отъ 8 до 9 лѣтъ	=	11	(4 м. и 7 д.).
„ 9 „ 10 „	=	7	(4 м. и 3 д.).
„ 10 „ 11 „	=	9	(7 м. и 2 д.).
„ 11 „ 12 „	=	19	(10 м. и 9 д.).
„ 12 „ 13 „	=	19	(12 м. и 7 д.).
Всего	=	90	(52 м. и 38 дѣв.).

И такъ, до 4-хъ лѣтъ у насъ не было ни одного случая, отъ 4 до 8 лѣтъ было 25 случаевъ, а отъ 8 до 13 лѣтъ 65. Въ литературѣ есть указанія, что рекуррентомъ заболѣваютъ иногда и грудныя дѣти и даже утробные плоды (случай Epstein'а изъ Göttingen'ской клиники); чаще однако бываетъ такъ, что мать, больная возвратной горячкой, не передаетъ ее плоду; впрочемъ, на этотъ счетъ требуются еще новыя наблюденія.

Возвратная горячка можетъ быть привита здоровому человѣку кровью взятой отъ больнаго во время пароксизма и содержащею спириллы (Мочутковскій, Минхъ). Періодъ инкубаціи въ такихъ случаяхъ равнялся 5 — 8 днямъ. Въ обыкновенныхъ случаяхъ зараза передается черезъ воздухъ. Однократное заболѣваніе рекуррентомъ не застраховываетъ субъекта отъ новаго зараженія.

Патологическая анатомія.

Дѣти рѣдко умираютъ отъ рекуррента, потому и результатовъ вскрытій описано мало. Въ общемъ можно сказать, что въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются тѣ же измѣненія, что и у взрослыхъ; они состоятъ какъ и при сыпномъ тифѣ въ зернистомъ или жировомъ перерожденіи внутреннихъ органовъ, именно сердца, печени, почекъ и главнымъ образомъ селезенки. Эта послѣдняя всегда оказывается очень увеличенной, дряблой и сочной, съ увеличенными фолликулами, переходящими иногда въ милліарные абсцессы. Подобные абсцессики встрѣчаются иногда также въ печени и въ почкахъ. Жировому перерожденію подвергаются и мышцы произвольнаго движенія.

Симптомы и теченіе.

Возвратная горячка начинается обыкновенно безъ всякихъ предвѣстниковъ, прямо съ жара и головной боли; нерѣдко съ озноба и рвоты; послѣдняя встрѣчается въ этой болѣзни значительно чаще, нежели въ тифѣ. По словамъ Wyss'a (Gerh. Hndbch. II B. стр. 428) судорогъ вмѣсто зноба въ началѣ рекуррента не наблюдалъ никто, но это не справедливо. Изъ числа нашихъ больныхъ, съ приступа общихъ судорогъ болѣзнь началась у двоихъ. Въ одномъ случаѣ это былъ 11-ти лѣтній эпилептикъ, а въ другомъ мальчикъ 4-хъ лѣтъ, не страдавшій эпилепсіей. Сравнительно съ крупозной пнеймоніей и оспой, судороги при рекуррентѣ встрѣчаются конечно очень рѣдко, что зависитъ отчасти отъ того, что она рѣдко поражаетъ дѣтей до двухъ-лѣтняго возраста. Очень скоро появляется боль въ конечностяхъ, а иногда и въ области селезенки. Температура уже къ концу 1-го дня поднимается выше 40° и съ небольшими колебаніями стоитъ на этой высотѣ въ теченіе 5—7 дней и потомъ критически падаетъ до нормы въ теченіе нѣсколькихъ часовъ, нерѣдко при обильномъ потѣ. Во время этого перваго пароксизма больной, не смотря на высокую температуру, остается въ большинствѣ случаевъ въ полномъ сознаніи и жалуется на сильную головную боль и боль въ конечностяхъ (особенно въ бедрахъ и голеняхъ), а также въ крестцѣ и затылкѣ.

Вмѣстѣ съ жаромъ исчезаютъ и другіе припадки; ребенокъ быстро поправляется и просится встать съ постели, но черезъ 6—8 дней начинается новый параксизмъ во всемъ похожій на первый, но только болѣе короткій, вмѣсто 5—7 дней, онъ тянется 3 — 4 дня. Лихорадка и на этотъ разъ кончается кризисомъ, послѣ котораго въ большинствѣ случаевъ наступаетъ уже полное выздоровленіе, но иногда черезъ нѣсколько дней наступаетъ второй возвратъ, а въ исключительныхъ случаяхъ еще и третій. Случаи съ однимъ пароксизмомъ, т. е. безъ рецидива, встрѣчаются чаще чѣмъ съ двумя возвратами.

Для діагностики возвратной горячки самымъ существеннымъ симптомомъ является *характеръ лихорадки.* Характеристично именно чрезвычайно быстрое поднятіе температуры въ самомъ началѣ болѣзни, абсолютная высота ея и критическое окончаніе.

Первоначальный подъемъ температуры при рекуррентѣ идетъ гораздо быстрѣе чѣмъ при сыпномъ тифѣ. Въ случаяхъ Pilz'а напр. (Jahrb. f. Kinderh. VI B. стр. 68) въ теченіе 5 часовъ t поднялась съ 37,6 на 40,9, а t въ 38,7 черезъ $2^1/_2$ часа была уже 40; въ случаѣ Wiss'а—утромъ нормальная, въ 4 часа дня—40,2 а въ 8 час. 41,1 и т. п. Подобные случаи вовсе не исключительные, они встрѣчаются сплошь и рядомъ.

Что касается до абсолютной высоты температуры, то въ отличіе отъ сыпнаго тифа, съ которымъ рекуррентъ до наступленія перваго кризиса имѣетъ наибольшее сходство, то въ этомъ отношеніи возвратная горячка характеризуется тѣмъ, что при ней t стоитъ обыкновенно выше 40° или около 40° даже и по утрамъ, а по вечерамъ нерѣдко подымается до 41° и больше; такія t-ы при сыпномъ тифѣ встрѣчаются только въ очень тяжелыхъ случаяхъ, а въ большинствѣ она даже и вечеромъ не достигаетъ 40,5.

Еще характеристичнѣе для рекуррента его критическое окончаніе. Кризисъ при сыпномъ тифѣ совершается далеко не такъ быстро и паденіе t-ы не такъ велико, потому что уже за нѣсколько дней до кризиса t начинаетъ постепенно падать, такъ что если въ періодѣ разгара болѣзни, она и достигала напр. 41°, то все же передъ кризисомъ она успѣетъ спуститься напр. до 39,5 и при паденіи до нормы разница будетъ лишь въ 2,5°. Разъ достигнувъ нормальной границы, t при сыпномъ тифѣ почти никогда не остается на ней окончательно, а какъ уже сказано, вечеромъ снова болѣе или менѣе подымается. При рекуррентѣ t передъ кризисомъ не только не опускается, а даже напротивъ того въ значительномъ процентѣ случаевъ именно передъ кризисомъ замѣчается ухудшеніе всѣхъ припадковъ, въ томъ числѣ и температуры, и потомъ вдругъ она начинаетъ

спускаться и черезъ нѣсколько часовъ дѣлается уже нормальной или даже ниже нормы, и паденіе это оказывается стойкимъ, т. е. t^0 остается таковой и въ ближайшій вечеръ. Исключенія изъ этого правила составляютъ только случаи *ложнаго кризиса*, который при рекуррентѣ встрѣчается не особенно рѣдко; (по Unterberger'у въ 14 случаяхъ изъ 40) новое повышеніе t-ы до прежней высоты наступаетъ въ такихъ случаяхъ черезъ 8—24 часа. Полная деферфесценція совершается въ большинствѣ случаевъ не долѣе какъ въ 12 часовъ и за это время температура падаетъ среднимъ числомъ на $3,5^0$; изъ числа нашихъ 44-хъ случаевъ первый кризисъ совершился менѣе чѣмъ въ 12 часовъ въ 26 случаяхъ (60%), отъ 12 до 24 часовъ въ 13 случаяхъ (30%) и въ 36 часовъ въ 5-ти случаяхъ. Максимальное паденіе t-ы, отъ 4,5 до 5^0 въ теченіе 12-и часовъ встрѣтилось въ трехъ случаяхъ. Pilz отмѣчаетъ еще болѣе значительныя паденія, такъ напр. въ одномъ случаѣ t въ 2 часа дня была 41,5, а въ 9 час. веч. 35 (въ теченіе 7-и часовъ t пала на $6,5^0$); въ другомъ случаѣ въ 5 час. веч. 42,2, а въ 9 час.—37,6 (больше чѣмъ на 1^0 въ часъ) въ третьемъ случаѣ въ $3^1/_2$ часа $t=41^0$, въ $4^1/_2$ час. 37,5, а въ 12 ч. 33,9.

Продолжительность перваго приступа въ большинствѣ случаевъ колеблется отъ 5 до 8 дней, но иногда онъ затягивается до 10 дней или кончается раньше 4-хъ сутокъ.

Изъ нашихъ 57 случаевъ, въ которыхъ можно было съ достаточной точностью опредѣлить начало и конецъ перваго приступа, продолжительность его оказалась слѣдующей:

отъ	$2^1/_2$	до	$3^1/_2$	сутокъ	=	3	случая
„	4	„	$4^1/_2$	„	=	13	„
„	5	„	$5^1/_2$	„	=	16	„
„	6	„	$6^1/_2$	„	=	17	„
„	7	„	$7^1/_2$	„	=	5	„
„	8	„	10	„	=	3	„

слѣдовательно, отъ 4 до $6^1/_2$ сутокъ первый приступъ тянулся въ 46 случаяхъ изъ 57, т. е. въ 80%.

Непосредственно послѣ кризиса ребенокъ обыкновенно засыпаетъ покойнымъ сномъ, и просыпается какъ бы обновленнымъ, но все еще слабымъ; въ теченіе слѣдующихъ дней силы быстро возвращаются, а также и аппетитъ, и ребенокъ встаетъ съ постели, оставаясь здоровымъ до начала 2-го приступа. Продолжительность первой апирексіи опредѣляется авторами въ 6—8 дней. Изъ числа нашихъ 50 наблюденій первая апирексія въ среднемъ равнялась 8 днямъ; а именно:

отъ	5½	до	6½	сутокъ	= 8	случаевъ
„	7	„	7½	„	= 13	„
„	8	„	8½	„	= 12	„
„	9	„	9½	„	= 4	„
„	10	„	10½	„	= 10	„
„	11	„	12½	„	= 2	„
„	15 сутокъ . . .				= 1	„

Второй приступъ начинается и протекаетъ совершенно такъ же какъ и первый, съ той только разницей, что онъ всегда бываетъ короче; исключенія изъ этого правила очень рѣдки.

Продолжительность 2-го приступа въ среднемъ выводѣ изъ нашихъ 53 случаевъ равнялась только тремъ суткамъ. Короче двухъ сутокъ она была въ 7 случаяхъ, а дольше четырехъ — въ 9, но ни разу долѣе 6½. Первый кризисъ былъ короче втораго изъ 47-и нашихъ случаевъ только два раза.

Третій приступъ наблюдался нами только въ 17 случаяхъ; средняя его продолжительность всегда бываетъ меньше втораго и равняется всего двумъ суткамъ. Изъ 17-и случаевъ короче 1½ сутокъ онъ былъ въ 5 случаяхъ, отъ 3½ до 4 сутокъ въ пяти. Вторая апирексія въ этихъ 17-и случаяхъ равнялась въ среднемъ 9-и днямъ.

Четвертый приступъ наблюдался нами только въ одномъ случаѣ; продолжительность его была 3½ сутокъ. Въ этомъ случаѣ первый приступъ былъ въ 4 дня, а второй и третій по 3½ дня. Третья апирексія въ этомъ случаѣ была въ 4 дня.

Органы пищеваренія при рекуррентѣ почти никогда не поражаются, если не считать начальной рвоты, встрѣчающейся приблизительно въ $^1/_4$— $^1/_2$ случаевъ. Въ теченіе всего лихорадочнаго періода бываетъ обыкновенно запоръ, легко уступающій клистирамъ изъ простой воды. Характеристичнымъ для рекуррента является языкъ: не смотря на высокія температуры онъ остается обыкновенно влажнымъ, широкимъ и не представляетъ на концѣ краснаго треугольника, столь обыкновеннаго при тифѣ. Контрастъ между сильнымъ жаромъ и влажнымъ языкомъ можетъ значительно способствовать діагностикѣ рекуррента еще до конца перваго приступа.

Опухоль селезенки при рекуррентѣ представляетъ ту особенность сравнительно съ тифомъ, что она развивается чрезвычайно быстро и достигаетъ большой величины, такъ что нерѣдко прощупывается уже на второй день и оказывается при этомъ болѣзненной при давленіи. Мы не могли ее прощупать приблизительно только въ 10—15%. Во время апирексіи опухоль селезенки быстро уменьшается, но все-таки рѣдко достигаетъ нормальныхъ границъ. Во время 2 приступа опухоль селезенки нерѣдко бываетъ еще больше, чѣмъ при первомъ.

Припадки со стороны нервной системы при рекуррентѣ отступаютъ на задній планъ, такъ какъ сознаніе обыкновенно почти вовсе не поражается и часто не бываетъ даже и бреда по ночамъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ рекуррента встрѣчается однако не только бредъ, сухой языкъ и др. тифозные симптомы, но и сведеніе затылка. Въ такихъ случаяхъ бредъ можетъ продолжаться и послѣ кризиса (бредъ отъ истощенія) въ теченіе 2—3 дней.

Органы дыханія при рекуррентѣ не представляютъ никакихъ характеристичныхъ особенностей. Носовыя кровотеченія въ началѣ 1 или 2 приступа встрѣчаются чаще, чѣмъ при тифѣ, а бронхіальный катарръ нѣсколько рѣже и всегда занимаетъ лишь крупные бронхи.

Органы кровообращенія. Пульсъ учащается параллельно температурѣ и нерѣдко доходитъ до 150 и больше въ ми-

нуту, не угрожая больному никакой опасностью. Послѣ кризиса онъ остается нѣсколько времени (день—два) учащеннымъ, а потомъ постепенно возвращается къ нормѣ или дѣлается замедленнымъ и неправильнымъ. Шумъ съ первымъ временемъ при верхушкѣ сердца встрѣчается нерѣдко, особенно во время 2 приступа.

Въ *крови* во все время лихорадочнаго періода всегда можно найти Obermeier'овскія спириллы, но только въ однихъ случаяхъ ихъ бываетъ очень много, а въ другихъ очень мало: во время апирексіи онѣ исчезаютъ. Эти спирально извитыя нити, длиной въ 2—4 кровяныхъ шарика, при сравнительно небольшомъ увеличеніи, (напр. объективъ Гартнака № 8 или 9 иммерзіонный) кажутся въ видѣ весьма тонкой и потому трудно замѣтной, правильно волнообразной, темной линіи, представляющей различныя движенія: она или быстро двигается по полю зрѣнія, или, прицѣпившись однимъ концемъ къ кровяному шарику быстро извивается на одномъ мѣстѣ. Тотъ, кто никогда не видалъ этихъ спириллъ, найдетъ ихъ не съ разу, а потому я опишу тотъ способъ изслѣдованія крови, который по моему мнѣнію всего скорѣе ведетъ къ цѣли. Капля крови должна быть такъ мала, что, будучи придавлена покрывательнымъ стеклышкомъ, она не выходила бы изъ подъ края послѣдняго. Добыть такую каплю не трудно,—для этого достаточно укола иголкой въ конецъ пальца. Препаратъ можно разсматривать при 8 системѣ Гартнака, а лучше при 9 съ иммерзіей. Всматриваясь въ поле зрѣнія мы видимъ отдѣльные кровяные шарики, разбросанными по свѣтлому фону (если препаратъ крови не достаточно тонокъ, то все поле зрѣнія будетъ занято кровяными тѣльцами, и тогда замѣтить спириллъ гораздо труднѣе). Если есть спириллы, то на свѣтломъ фонѣ препарата онѣ выступаютъ своими темными контурами довольно ясно, особенно если нѣкоторыя изъ нихъ прицѣпились однимъ концемъ къ кровяному шарику. Вы увидите тогда, что одинъ изъ многихъ неподвижно стоящихъ кровяныхъ тѣлецъ начинаетъ слегка двигаться, поворачиваясь въ ту и другую сторону; фиксируйте тогда

этотъ шарикъ внимательнѣе и вы непремѣнно найдете около него спириллу. Черезъ нѣсколько минутъ кровь на препаратѣ начинаетъ свертываться, появляется сѣть изъ тонкихъ нитей фибрина, и тогда спириллей искать уже трудно; для избѣжанія этого неудобства и для того, чтобы можно было сохранить препаратъ на нѣкоторое время (до нѣсколькихъ недѣль) можно смѣшать свѣжую каплю крови съ равнымъ количествомъ Мюллеровской жидкости, накрыть покрывательнымъ стеклышкомъ и заклеить. Спириллы въ такомъ препаратѣ скоро умираютъ, но это нисколько не мѣшаетъ изслѣдованію.

На *кожѣ* при рекуррентѣ не бываетъ никакихъ специфическихъ сыпей. Herpes labialis и nasalis, который по Wyss'у (l. c. стр. 435) встрѣчается почти въ 1/4 всѣхъ случаевъ рекуррента, въ нашихъ случаяхъ отмѣченъ только одинъ разъ, а потому я держусь того мнѣнія, что herpes, являясь въ первые дни остро-лихорадочнаго состоянія, говоритъ не только противъ тифа, но и противъ рекуррента. Гораздо чаще встрѣчается при послѣднемъ потовая сыпь (miliaria) на туловищѣ.

Отеки конечностей, а иногда и всего тѣла встрѣчаются при рекуррентѣ какъ при альбуминуріи, такъ и безъ нея. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ, у дѣвочки 11 лѣтъ, отекъ ступней и голеней появился на 8 день апирексіи, при нормальномъ стулѣ и безъ бѣлка въ мочѣ, которая выдѣлялась въ количествѣ 1000 грм. въ сутки; пульсъ въ это время былъ 54—64. Черезъ 2 сутокъ начался 3 приступъ, который продолжался 3 дня; за это время отекъ исчезъ, но по окончаніи приступа, какъ только больная встала съ кровати — появился снова.

Альбуминурія встрѣчается при рекуррентѣ, какъ кажется, чаще, чѣмъ при тифѣ; она продолжается обыкновенно до конца приступа; бѣлка бываетъ не много.

Осложненія.

Возвратная горячка у дѣтей протекаетъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ безъ всякихъ осложненій. Въ на-

шихъ случаяхъ наблюдались слѣдующія: обильное *носовое кровотеченіе* потребовало тампонаціи въ двухъ случаяхъ у мальчиковъ 8 и 11 лѣтъ. У перваго оно явилось черезъ 2 дня послѣ перваго кризиса, у втораго во время каждаго изъ трехъ приступовъ и всякій разъ совпадала съ паденіемъ температуры; второе и третье кровотеченія были не обильны.

Тяжелые нервные симптомы, въ видѣ буйнаго бреда днемъ и ночью, потери сознанія, сведенія затылка, повторной рвоты и общей гиперестезіи кожи, такъ что больной вскрикивалъ при щипаніи кожи не смотря на потемнѣніе сознанія, наблюдалось во второмъ приступѣ у мальчика 7 лѣтъ.

Острый нефритъ развился у 10 лѣтняго мальчика на 32 день отъ начала болѣзни и на 15 день послѣ конца 2 приступа. Селезенка въ это время оставалась еще увеличенной и прощупывалась на 2 пальца. Воспаленіе почекъ началось съ жара, (39,5), отека лица и кровавой мочи; въ ней было много бѣлка и цилиндровъ; хотя черезъ 3 дня t^0 и сдѣлалась нормальной, но количество мочи пало до 300 грм., появилась рвота и поносъ, а еще черезъ нѣсколько дней присоединился дифтеритъ зѣва, отъ котораго больной и умеръ.

При рекуррентѣ поражаются иногда и серозныя оболочки; такъ у насъ было по одному случаю перикардита, гнойнаго плеврита и перитонита.

Перикардитъ развился у 12 лѣтняго мальчика во время втораго приступа, и выразился шумомъ тренія при основаніи сердца, очень слабымъ пульсомъ и учащеннымъ дыханіемъ; тоны сердца были чисты, но очень слабы. Черезъ 3 недѣли больной выписался здоровымъ.

Плевритъ наблюдался у 6 лѣтней дѣвочки, благополучно перенесшей два приступа рекуррента. Лихорадочное состояніе, кашель и боль подъ ложечкой и въ области печени появились на 26 день отъ начала болѣзни и черезъ 8 дней послѣ втораго кризиса. Черезъ 3 недѣли вся правая половина грудной клѣтки давала абсолютно тупой звукъ, вслѣдствіе чего былъ сдѣланъ проколъ аппаратомъ Dieulafoy и

извлечено 850 грм. серозно-гнойной жидкости. Черезъ недѣлю послѣ того дѣвочка умерла. При аутопсіи вся поверхность правой плевры оказалась выстланной толстыми слоями фибринозно-гнойныхъ клочьевъ, а въ полости плевры большое количество гноя.

Перитонитъ появился у 12 лѣтняго мальчика, поступившаго въ больницу на 8 день болѣзни, выражавшейся сильнымъ жаромъ, головной болью и сильной болью въ области селезенки. При поступленіи больной былъ очень слабъ, съ холодными конечностями и съ очень сильнымъ кашлемъ, пароксизмы котораго напоминали коклюшъ; при выслушиваніи груди всюду много среднихъ и мелкихъ хриповъ, но притупленія не было; селезенка прощупывалась и была очень болѣзненна при давленіи; на низъ не было два дня; t^0 веч. 38,2. Кровь не изслѣдовалась. Животъ нѣсколько вздутъ, въ лѣвой сторонѣ болѣзненъ при давленіи. 9 день: 37,5—38,5; прослабило разъ послѣ слабительнаго, остальное безъ перемѣнъ. 10 день: 39—38,5; пульсъ 136—136; дыханіе — 64. Значительный метеоризмъ, вслѣдствіе высокаго стоянія діафрагмы селезенка не прощупывается; сильная боль въ области лѣваго подреберья при давленіи и постукиваніи; мокрота слизисто-гнойная въ количествѣ двухъ чашекъ въ сутки. 11 день: 38,7—39; пульсъ—136; дыханіе—54—60. Весь животъ очень болѣзненъ, вздутъ и напряженъ, хотя слабило два раза; ночью два раза вырвало. Въ теченіе слѣдующихъ дней картина общаго перитонита выразилась совсѣмъ ясно, и на 16 день больной умеръ. Температура шла такъ: 12 день: 38,7—39; 13 день: 38,7—40; 14 день: 37,5—40; 15 день: 39—38,5; 16 день: 39,9

Въ виду неправильнаго хода t^0-ы, очень частаго дыханія, сильнаго кашля при явленіяхъ бронхита, при жизни подозрѣвался острый милліарный туберкулезъ, но аутопсія не подтвердила этого, а показала, что гнойный перитонитъ произошелъ отъ многочисленныхъ абсцессовъ въ селезенкѣ, изъ которыхъ нѣкоторые можетъ быть вскрылись въ полость брюшины; въ легкихъ оказались только явленія капиллярнаго бронхита.

Другіе авторы упоминаютъ въ числѣ осложненій рекуррента: parotitis, otitis media suppur., параличъ мягкаго неба (черезъ мѣсяцъ послѣ тяжелаго рекуррента—Unterberger) хроническую опухоль селезенки, лобарную пнеймонію и различныя болѣзни глазъ, въ особенности cyclitis и др.

Возвратная горячка на первомъ году жизни.

Грудныя дѣти очень рѣдко заболѣваютъ возвратной горячкой, и за недостаткомъ литературныхъ данныхъ мы не знаемъ даже протекаетъ ли она въ этомъ возрастѣ также какъ у взрослыхъ или теченіе ея характеризуется какими нибудь особенностями. Въ этомъ отношеніи не малый интересъ представляютъ наблюденія д-ра Кулеша (Самара) надъ дѣтьми пріюта для подкидышей губернской земской больницы. Сообщенія его напечатаны въ недоступныхъ для меня протоколахъ общества самарскихъ врачей за 1884 годъ и реферированы въ № 9 „Русской медицины" 1885 года, откуда я и заимствую слѣдующія данныя. Въ сказанномъ пріютѣ съ декабря мѣсяца открылся цѣлый рядъ заболѣваній рекуррентомъ, происшедшимъ вслѣдствіе заноса однимъ 5-и-мѣсячнымъ ребенкомъ. Мать этого ребенка поступила одновременно съ нимъ въ больницу съ температурой нѣсколько пониженной и поносомъ и перенесла тамъ два приступа рекуррента; кромѣ того, до поступленія въ больницу у нее цѣлую недѣлю продолжался сильный жаръ. Ребенокъ при поступленіи въ пріютъ 28 ноября 1883 года былъ вполнѣ здоровъ, но 2-го декабря послѣдовалъ первый приступъ рекуррента и продолжался по 5-е включительно; онъ начался повторной рвотой и выразился упадкомъ силъ, сонливостью, мышечными болями, прогрессивно понижающейся температурой, которая и въ началѣ не была выше нормы (37,5) и къ концу чрезвычайно обильными испражненіями. Отъ 7-го по 11 е тянулась рѣзко выраженная апирексія съ быстрымъ улучшеніемъ общаго состоянія и всѣхъ отправленій; 12-го послѣдовалъ 2-й приступъ и продолжался по 15-е; онъ выразился значительнымъ лихорадоч-

нымъ состоянiемъ, при быстромъ, въ началѣ, поднятiи температуры до 39,7 и внезапномъ, къ концу, паденiи съ 39,7 на 36,5, сопровождавшимся обильными жидкими испражненiями. Съ 16-го по 22-е тянулась апирексiя болѣзни, но не ясно выраженная, по крайней мѣрѣ по отношенiю къ общему состоянiю ребенка. 23-го послѣдовалъ третiй приступъ, въ общемъ сходный съ предыдущимъ, но только съ менѣе высокой температурой; въ первый день поднятiя t^0-ы было незначительное носовое кровотеченiе, а въ теченiе приступа наблюдалось развитiе лобулярной пнеймонiи; кончился приступъ 26-го кризисомъ, но ребенокъ больше ужъ не поправлялся; у него появился сильный кашель, крайнiй упадокъ силъ и 30-го послѣдовала смерть. За это время обращаетъ на себя вниманiе уплотнѣнiе мышцъ сначала нижнихъ, а потомъ и верхнихъ конечностей. При вскрытiи найдено: полнокровiе внутреннихъ органовъ; въ легкихъ—уплотнѣнiе нижнихъ долей; въ нижней доли лѣваго легкаго, кромѣ того, разсѣянные, твердые на ощупь фокусы, величиной съ горошину до орѣха; въ кишкахъ экхимозы и увеличенныя Цейеровы, солитарныя и брыжжеечныя железы; въ печени и селезенкѣ — жировое перерожденiе, при чемъ печень значительно увеличена, селезенка же повидимому не увеличена, но капсула ея слабо натянута; въ почкахъ жировое перерожденiе и набуханiе корковаго слоя.

Не представивъ подробнаго описанiя остальныхъ случаевъ прiютскаго рекуррента, авт. передалъ изъ нихъ наиболѣе выдающiяся осложненiя, а именно: 1) *рвота* являлась безъ исключенiя у всѣхъ и составляла въ громадномъ большинствѣ случаевъ самое первоначальное явленiе и очень рѣдко появлялась уже по повышенiи температуры. 2) *Поносъ* былъ явленiемъ заурядным ъ апирексiи, который, повидимому, замѣняетъ собою критическiе поты взрослыхъ, за что говоритъ какъ отсутствiе у дѣтей обильныхъ потовъ, такъ и обилiе испражненiй; въ началѣ болѣзни только въ иныхъ случаяхъ наблюдалось одно, два жидкихъ испражненiя, существовавшiе же поносы до инфекцiи обыкновенно во время приступовъ прекращались. 3) *Бронхиты* въ ле-

тальныхъ случаяхъ наблюдались у всѣхъ безъ исключенія въ послѣдніе 2—3 дня до смерти; у выздоравливающихъ же очень часто. 4) *Пнеймонія лобулярная* наблюдалась въ трехъ случаяхъ, при чемъ въ одномъ изъ нихъ былъ инфарктъ, въ двухъ же остальныхъ — гипостатическая пнеймонія. 5) *Conjunctivitis catarrhalis* въ разныхъ степеняхъ наблюдался во всѣхъ случаяхъ; въ 5-и случаяхъ кромѣ того conjun. piorrhoica и въ двухъ iritis. 6) *Гнойный катарръ средняго уха* составлялъ явленіе очень частое. 7) *Желтуха* наблюдалась въ двухъ случаяхъ. 8) Упадокъ силъ—у всѣхъ. 9) *Эпилептическіе припадки*—въ одномъ. 10) *Мышечныя боли* большею частью сильно выраженныя—безъ исключенія у всѣхъ. 11) *Уплотнѣніе мышцъ* обусловливающее собой болѣе значительное сопротивленіе разгибанію и сгибанію, наблюдалось во множествѣ случаевъ.

И такъ, судя по этому описанію, надо думать, что рекуррентъ у новорожденныхъ и у дѣтей до года принадлежитъ къ числу весьма опасныхъ болѣзней и почти постоянно сопровождается какими-нибудь серьезными осложненіями.

Предсказаніе.

Возвратная горячка ничѣмъ не осложненная въ дѣтскомъ возрастѣ едва ли когда-нибудь кончается смертью (конечно, за исключеніемъ очень маленькихъ дѣтей), а потому предсказаніе при ней вообще лучше чѣмъ въ тифѣ. Изъ нашихъ 90 случаевъ умерло трое, но всѣ отъ осложненій, именно одинъ отъ гнойнаго плеврита, другой отъ перитонита и абсцессовъ въ селезенкѣ и третій отъ остраго нефрита, къ которому присоединился потомъ дифтеритъ зѣва.

У Unterberger'a (Петербургъ) изъ 40 случаевъ умеръ одинъ; въ Бреславской клиникѣ въ 1868 году изъ 86 случаевъ умеръ одинъ, а изъ 64 больныхъ въ 1872 году не было ни одного смертнаго случая.

Діагностика.

Распознаваніе возвратной горячки представляетъ затрудненія только во время перваго приступа, такъ какъ въ это

время ее легко смѣшать съ тифомъ. Въ пользу рекуррента говоритъ быстрое наступленіе сильнаго жара и осязаемой опухоли селезенки, боль въ конечностяхъ, широкій влажный языкъ и главное несоотвѣтствіе высокихъ температуръ хорошему общему состоянію и отсутствію тифозныхъ явленій. Кризисъ при сыпномъ тифѣ никогда не бываетъ такъ значителенъ и быстръ. Въ сомнительныхъ случаяхъ легко выяснить діагностику посредствомъ изслѣдованія крови на спириллы.

Лѣченіе.

Профилактическое лѣченіе состоитъ въ изолированіи больнаго и въ дезинфекціи жилища и вещей, съ которыми онъ соприкасался.

Лѣченіе развившейся болѣзни — выжидательно-симптоматическое. *Діэта* не должна быть такъ строга какъ при брюшномъ тифѣ; можно давать больному, сообразуясь съ его аппетитомъ, молоко, супъ, бѣлый хлѣбъ и даже котлету. Для питья — лимонадъ, воду съ виномъ и пр. Изъ симптоматическихъ средствъ мы употребляемъ только холодный компрессъ на голову противъ головной боли, а лихорадку оставляемъ безъ лѣченія, такъ какъ не считаемъ ее опасной.

При осложненіяхъ поступаемъ по общимъ правиламъ.

ДИФТЕРІЯ. DIPHTHERIA.

Общія понятія о крупѣ и дифтеритѣ.

Слова „дифтеритъ“ и „крупъ“ или дифтеритическое и крупозное воспаленіе имѣютъ различное значеніе, смотря по тому, употребляются ли они въ патолого-анатомическомъ или въ клиническомъ смыслѣ. Патолого-анатомы понимаютъ подъ этими именами не что иное, какъ только извѣстнаго рода воспаленіе слизистой оболочки, для нихъ слѣдовательно это не болѣзнь, а лишь *симптомъ*, который можетъ встрѣтиться при различныхъ болѣзняхъ. Термины эти означаютъ также мало, или пожалуй, также много, какъ и названіе „катарръ“, съ тою лишь разницей, что подъ именемъ катарра понимаютъ поверхностное воспаленіе слизистой оболочки, характеризующееся гипереміей и усиленнымъ отдѣленіемъ слизи, а подъ именемъ дифтерита и крупа болѣе глубокое и болѣе сильное воспаленіе, сопровождающееся образованіемъ эксудата богатаго фибриномъ и потому свертывающагося на поверхности слизистой оболочки (а иногда и въ веществѣ ея) въ желтоватую или сѣровато-бѣловатую плотную пленку. Выраженія въ родѣ того, что больной умеръ отъ катарра или отъ дифтерита въ патолого-анатомическомъ смыслѣ будетъ также неопредѣленно, какъ и выраженіе, что больной умеръ отъ кашля, такъ какъ мало ли отъ какихъ причинъ и при какихъ болѣзняхъ могутъ встрѣтиться такіе симптомы, какъ катарръ,

кашель или дифтеритическое воспаленіе той или иной слизистой оболочки. Чтобы сказать, отчего именно умеръ больной, имѣвшій дифтеритъ, какая была у него болѣзнь,—надо знать, какіе органы были у него поражены дифтеритическимъ воспаленіемъ, и главное, какой *причиной* было оно вызвано.

Клиническое значеніе „дифтерита и крупа“ будетъ ужъ совсѣмъ другое, такъ какъ практическіе врачи этими названіями—дифтеритъ и крупъ—окрестили извѣстныя болѣзни съ опредѣленной этіологіей и съ характернымъ теченіемъ. Понятно, что подобный анонимъ долженъ былъ произвести нѣкоторую путаницу въ медицинскихъ понятіяхъ и номенклатурѣ, каковую онъ дѣйствительно и произвелъ. Въ виду этого намъ необходимо условиться разъ на всегда въ томъ, что *дифтеритъ или дифтеритическое воспаленіе, также какъ и крупъ, не есть болѣзнь, а только патолого-анатомическій симптомъ, который можетъ встрѣтиться при самыхъ разнохарактерныхъ болѣзняхъ и на самыхъ разнообразныхъ слизистыхъ оболочкахъ*. Что же касается до той болѣзни, которая въ практикѣ извѣстна подъ именемъ дифтерита, то ее слѣдовало бы назвать какимъ нибудь другимъ именемъ, какъ это и дѣлаютъ уже нѣкоторые авторы: Senator напр. называетъ ее Synanche maligna, Reitz—дифтеріей и т. п.

Посмотримъ теперь, чѣмъ же отличаются между собою крупъ и дифтеритъ въ смыслѣ *патолого-анатомическомъ*? Въ *макроскопическомъ* смыслѣ крупъ отличается отъ дифтерита тѣмъ, что при первомъ пленки отдираются отъ поверхности слизистой оболочки легко и безъ нарушенія ея цѣлости (безъ кровотеченія), тогда какъ при дифтеритѣ пленка сидитъ крѣпко, такъ что при насильственномъ ея отдѣленіи происходитъ кровотеченіе, вслѣдствіе разрыва капилляровъ слизистой оболочки. Съ точки зрѣнія *гистологической*, о крупѣ говорятъ въ томъ случаѣ, когда эксудатъ, свертывающійся въ фибринозную перепонку, отлагается на поверхности слизистой оболочки, а о дифтеритѣ,—когда свертывающійся эксудатъ отлагается не только на поверхности, но и въ самомъ веществѣ слизистой оболочки, пропитывая ее

на извѣстную глубину, вслѣдствіе чего она подвергается особому виду некроза (коагуляціонный некрозъ).

Эти два воззрѣнія отнюдь не тождественны, такъ какъ они не всегда совпадаютъ другъ съ другомъ; дѣло въ томъ, что очень нерѣдко встрѣчаются случаи *макроскопическаго дифтерита* слизистой оболочки зѣва, т. е. съ плотно сидящими пленками, но которые при микроскопическомъ изслѣдованіи оказываются крупомъ, такъ какъ фибринозный эксудатъ отлагается на поверхности слизистой оболочки, т. е. не идетъ глубже эпителіальнаго слоя, слѣдовательно совершенно такъ, какъ при крупѣ. Къ этой категоріи относится большинство случаевъ обыкновеннаго дифтерита зѣва, который никогда не ведетъ къ образованію дифтеритическихъ язвъ и потому кончается выздоровленіемъ безъ образованія рубцевъ. Въ другихъ случаяхъ напротивъ эти два воззрѣнія на дифтеритъ и крупъ совершенно совпадаютъ. Такъ, напр., макроскопическій крупъ гортани и трахеи оказывается крупомъ и при микроскопическомъ изслѣдованіи, потому что, благодаря присутствію здѣсь основной перепонки, ложная оболочка (нижняя граница которой совпадаетъ съ нижней границей эпителія) снимается легко; точно также макроскопическій дифтеритъ въ кишкахъ и маткѣ оказывается таковымъ и подъ микроскопомъ, потому что плотно сидящія пленки оказываются внедренными въ вещество слизистой оболочки.

И такъ макроскопическій дифтеритъ при микроскопическомъ изслѣдованіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ еще можетъ оказаться крупомъ, но не наоборотъ, такъ какъ макроскопическій крупъ никогда, конечно, не окажется дифтеритомъ. Подобные то случаи фибринознаго воспаленія, которые макроскопически имѣютъ полное сходство съ дифтеритомъ, а на самомъ-то дѣлѣ должны быть причислены къ крупу, Weigert предлагаетъ называть *ложнымъ дифтеритомъ*, — (pseudo-diphtheritis).

При настоящемъ дифтеритѣ, какъ уже сказано, фибринозный свертывающійся эксудатъ отлагается не только на поверхность слизистой оболочки, но и въ существо ея,

при чемъ весь пораженный участокъ слизистой оболочки подвергается особому виду некроза, извѣстнаго подъ именемъ *коагуляціоннаго некроза;* (такъ какъ при этомъ свертывается и содержимое самыхъ форменныхъ элементовъ ткани, вслѣдствіе прониканія въ нихъ лимфы, содержащей фибринородное вещество, которое и соединяется съ фибрино-пластическимъ веществомъ, заключеннымъ въ клѣткахъ).

Впрочемъ, этотъ взглядъ Weigert-Conheim'а еще не можетъ считаться доказаннымъ и рѣшительно оспаривается проф. Пашутинымъ (Курсъ общей и экспериментальной патологіи, т. I, ч. 1, 1885 г., стр. 107). Онъ думаетъ, „что образованіе фибрина какъ въ крови, такъ и въ другихъ тканяхъ, является результатомъ не синтеза простѣйшихъ тѣлъ, а результатомъ распаденія тѣлъ болѣе сложныхъ. Такія сложныя тѣла, способныя дать при своемъ распаденіи бѣлокъ, всегда имѣются въ веществѣ живой клѣтки. По этому для образованія свертковъ въ клѣткѣ, въ видѣ коагуляціоннаго некроза, вовсе не требуется прихода какого-то фибринороднаго вещества изъ лимфы,—клѣтка и сама по себѣ можетъ дать бѣлковые осадки. W. не приводитъ никакихъ фактовъ, доказывающихъ необходимость притока съ лимфою фибринороднаго вещества для образованія коагуляціи въ клѣткѣ, а между тѣмъ извѣстно наоборотъ, что даже совершенно изолированное живое мышечное волокно, оставаясь внѣ лимфы, въ к. н. индиферентной жидкости, можетъ дать картину коагуляціи, подвергаясь умиранію при соотвѣтственныхъ условіяхъ“. Далѣе проф. Пашутинъ не согласенъ съ W. и въ отношеніи того, что онъ ставитъ разсматриваемую нами бѣлковую дегенерацію въ отдѣлъ омертвѣнія тканей, какъ показываетъ и самое названіе „коагуляціонный некрозъ“. Приведя въ примѣръ типическій случай коагуляціоннаго некроза почечнаго эпителія послѣ временной остановки кровообращенія, П. приходитъ къ заключенію, что явленія, характерныя для коагуляціоннаго некроза происходятъ только въ клѣткахъ, которыхъ застаетъ возстановленное кровообращеніе въ томъ стадіи,

когда клѣтки еще живы, но уже неспособны оправиться. Явленія коагуляціоннаго некроза имѣютъ слѣдовательно, не трупный, а жизненный характеръ и представляютъ не некрозъ, а дегенерацію, а потому онъ совѣтуетъ замѣнить названіе „коагуляціонный некрозъ" болѣе подходящимъ названіемъ „коагуляціонная дегенерація". Но какъ бы то ни было, во всякомъ случаѣ омертвѣвшая часть слизистой оболочки, какъ и всякая другая омертвѣвшая часть организма, отдѣляется впослѣдствіи отъ живыхъ частей путемъ нагноенія — демаркаціонное нагноеніе; по окончаніи процесса отдѣленія получается на мѣстѣ бывшаго дифтерита углубленная гноящаяся поверхность, т. е. дифтеритическая язва.

Настоящій дифтеритъ (въ смыслѣ патолого-анатомическомъ) при обыкновенномъ дифтеритѣ зѣва встрѣчается крайне рѣдко, а потому и дифтеритическія язвы въ зѣвѣ послѣ дифтеріи почти никогда не наблюдаются; по изслѣдованіямъ Weigert'а и Heubner'а настоящее дифтеритическое воспаленіе гораздо чаще встрѣчается въ зѣвѣ при тяжелой скарлатинѣ, а также на слизистой оболочкѣ толстыхъ кишекъ при дизентеріи, далѣе онъ всрѣчается иногда въ тонкихъ кишкахъ при холерѣ, на слизистой оболочкѣ матки при послѣродовой горячкѣ и при нѣкоторыхъ другихъ острыхъ инфекціонныхъ процессахъ въ разныхъ органахъ.

Такимъ образомъ у патолого-анатомовъ, руководствующихся опредѣленнымъ гистологическимъ критеріемъ, понятіе о крупѣ и дифтеритѣ является довольно простымъ и яснымъ. Называя на основаніи гистологическихъ данныхъ то или другое измѣненіе слизистой оболочки крупознымъ или дифтеритическимъ воспаленіемъ, они не заботятся о томъ, *какой причиной* вызвано это воспаленіе, такъ какъ они знаютъ, что *дифтеритъ или* болѣе легкая степень—*крупозное воспаленіе можетъ быть вызвано всякимъ агентомъ, некротизирующимъ по крайней мѣрѣ эпителій и въ то же время вызывающимъ сильное воспаленіе слизистой оболочки* (Conheim).

Возьмемъ для примѣра гортань; отложеніе на поверхно-

сти слизистой оболочки фибринознаго эксудата въ видѣ легко снимающихся пленокъ, можетъ произойти подъ вліяніемъ разнообразныхъ причинъ; у животныхъ, напр., его можно вызвать искусственно и термическими, и химическими, и механическими дѣятелями; у человѣка онъ является или въ видѣ спорадическаго крупа — отъ простуды, отъ вдыханія паровъ хлора, отъ ожога кислотой, или въ видѣ эпидемической болѣзни отъ зараженія дифтеритнымъ ядомъ и т. д., и во всѣхъ этихъ случаяхъ гистологическая картина будетъ совершенно одинакова и потому патолого-анатомъ съ полнымъ правомъ говоритъ, что и въ томъ, и въ другомъ, и въ третьемъ случаяхъ, онъ имѣетъ дѣло съ крупомъ или съ крупознымъ воспаленіемъ слизистой оболочки гортани. Наоборотъ, встрѣчая на той или другой слизистой оболочкѣ внѣдренный въ нее фибринозный эксудатъ, онъ съ такимъ же правомъ говоритъ о дифтеритѣ, будетъ ли это дифтеритъ слизистой оболочки матки вслѣдствіе пуэрперальной горячки, или дифтеритъ кишекъ вслѣдствіе дизентеріи, или слизистой оболочки зѣва при скарлатинѣ и проч.

Изъ всего сказаннаго слѣдуетъ, что дифтеритическій эксудатъ образуется подъ вліяніемъ различныхъ причинъ, а потому *присутствіе его, гдѣ бы то ни было, вовсе не доказываетъ зараженія даннаго субъекта ядомъ дифтеріи.*

У клиницистовъ и практическихъ врачей дѣло стоитъ иначе и путаницы у нихъ гораздо больше, такъ какъ, употребляя названіе крупъ или дифтеритъ, они руководствуются не однимъ какимъ-либо критеріемъ, а тремя, а именно: 1) этіологическимъ моментомъ, 2) мѣстомъ болѣзни и 3) видомъ пораженной слизистой оболочки.

Самымъ важнымъ и по моему мнѣнію единственно надежнымъ и вѣрнымъ нужно бы считать первый изъ трехъ приведенныхъ. Въ силу *этіологическаго момента* практическіе врачи называютъ дифтеритомъ всякое воспаленіе слизистой оболочки, если только доказано, что воспаленіе это произошло вслѣдствіе зараженія организма или данной слизистой оболочки дифтеритическимъ ядомъ. Есть ли при

этомъ ложныя оболочки или ихъ вовсе нѣтъ, крѣпко ли онѣ сидятъ или легко снимаются — все равно: при наличности даннаго этіологическаго момента это воспаленіе называется дифтеритомъ, но для обозначенія его интенсивности употребляются соотвѣтственные эпитеты, какъ мы находимъ, напр., у Oertel'я катарральную форму дифтерита, крупозную форму дифтерита и гангренозный дифтеритъ.

Понятно, что съ точки зрѣнія патолого-анатома подобныя названія являются абсурдными, потому что дифтеритъ есть некрозъ, а катарръ никогда къ некрозу не ведетъ, и потому нельзя допустить существованія катарральнаго некроза, какъ и катарральнаго дифтерита. Но клиницистъ съ своей точки зрѣнія совершенно правъ, потому что для него дифтеритъ не есть синонимъ извѣстной формы некроза, а только названіе извѣстной болѣзни, которая хотя въ большинствѣ случаевъ и проявляется между прочимъ въ формѣ пленчатаго воспаленія слизистой оболочки зѣва, но при случаѣ и въ видѣ лишь катарра, а потому названіе — катарральная форма дифтерита имѣетъ такое же право на существованіе, какъ и аналогичное названіе—катарральная дизентерія. Вся бѣда и путаница только отъ того, что слово „дифтеритъ" употребляется патолого-анатомомъ не въ томъ смыслѣ, какъ клиницистомъ. Для избѣжанія недоразумѣній, слѣдовало бы говорить катарральная или крупозная форма *дифтеріи*, (а не дифтерита).

Подобное названіе было бы вполнѣ понятно, такъ какъ обозначало бы лишь то, что данный катарръ или крупъ развились вслѣдствіе раздраженія слизистой оболочки ядомъ дифтеріи.

Профессоръ Klebs, отождествляющій ядъ дифтеріи съ грибкомъ, названнымъ имъ mikrosporon diphtheriticum, прямо говоритъ, что дифтеритомъ (ріей) надо называть лишь такое воспаленіе слизистой оболочки, при которомъ въ продуктахъ его (будь то слизь или перепонки) встрѣчается этотъ mikrosporon diphtherit. Гдѣ его нѣтъ, тамъ нѣтъ и дифтеріи, хотя бы въ гистологическихъ измѣненіяхъ ткани

мы имѣли несомнѣнныя указанія на настоящій коагуляціонный некрозъ; для подобнаго случая онъ предлагаетъ названіе просто некрозъ съ обозначеніемъ производящей причины.

Держаться этіологической точки зрѣнія на дифтеритъ и слѣдовать предложенію Klebs'a, было бы очень раціонально, еслибы во первыхъ было дѣйствительно доказано, что mikrosporon dipht. имѣетъ то значеніе, которое приписываетъ ему Klebs, и во вторыхъ, еслибы при жизни больнаго легко было его розыскивать.

Второй критерій — *мѣсто.* Совершенно не основательно многіе изъ практическихъ врачей называютъ одинъ и тотъ же процессъ то дифтеритомъ, то крупомъ, смотря по мѣсту, занимаемому пленчатымъ эксудатомъ; такъ напр. пока при обыкновенномъ эпидемическомъ дифтеритѣ эксудатъ занимаетъ только зѣвъ — говорятъ, что у больнаго дифтеритъ, но стоитъ только процессу распространиться на гортань, какъ говорятъ уже, что у больнаго крупъ. Тутъ этіологическій критерій очевидно не соблюдается, такъ какъ иначе надо бы было говорить только о дифтеритѣ гортани.

Третій критерій — *видъ пораженной слизистой оболочки.* Въ этомъ случаѣ клиницистъ становится какъ бы на точку зрѣнія патологической анатоміи и называетъ дифтеритомъ всякое воспаленіе, сопровождающееся образованіемъ на поверхности слизистой оболочки фибринознаго эксудата. Такимъ образомъ, говорятъ напримѣръ, что скарлатина осложняется дифтеритомъ, что дизентерія есть не что иное, какъ дифтеритъ кишекъ и т. п., при чемъ этіологическій моментъ упускается изъ виду и совершенно забывается, что отъ дифтеритическаго больнаго никто не заражается ни скарлатиной, ни дизентеріей и наоборотъ.

Для избѣжанія подобной путаницы, слѣдовало бы держаться одного критерія, и именно въ клиническомъ отношеніи всего раціональнѣе было бы пользоваться этіологическимъ моментомъ и называть дифтеритомъ или дифтеріей только то, что происходитъ отъ зараженія дифтеритнымъ ядомъ, хотя бы воспаленіе, вызванное этой причиной, и

не достигло степени дифтеритическаго или даже крупознаго (ср. воззрѣніе Klebs'а).

Такимъ образомъ названіе *дифтеритъ* должно быть оставлено лишь для обыкновеннаго эпидемическаго дифтерита. Смотря по продуктамъ воспаленія и по его интенсивности, можно отличать различныя формы его, каковы: катарральная, крупозная и гангренозная формы дифтерита и прибавлять названіе пораженнаго органа, такъ напр. катарральная форма дифтерита зѣва, крупозная форма дифтерита гортани и проч.

Названіе — „крупъ" должно остаться собирательнымъ терминомъ для всѣхъ видовъ воспалительнаго съуженія гортани съ образованіемъ плёнокъ, отъ какой бы причины ни произошло это воспаленіе. Такъ напр. можно бы было отличить экспериментальный крупъ (крупозное воспаленіе слизистой оболочки гортани у животныхъ, развившееся подъ вліяніемъ сильныхъ раздраженій аміакомъ, хлоромъ и проч.), простудный или спорадическій крупъ, дифтеритическій или эпидемическій крупъ (крупозное воспаленіе гортани, вызванное вліяніемъ заразы дифтеріи); для простаго катарральнаго воспаленія слизистой оболочки гортани, протекающаго съ припадками стеноза, могло бы остаться прежнее названіе—ложный крупъ. А ту форму дифтеритическаго воспаленія, которая сопровождаетъ тяжелые случаи скарлатины, мы будемъ называть просто злокачественной скарлатинозной жабой или уже если называть его дифтеритомъ, то непремѣнно съ прибавленіемъ эпитета — *скарлатинозный*, что должно обозначать, что, не смотря на его кажущееся сходство съ обыкновеннымъ дифтеритомъ, онъ все-таки отличается отъ него, какъ по сущности, такъ и по этіологіи (ниже мы еще вернемся къ вопросу о различіи скарлатинознаго дифтерита отъ обыкновеннаго). Для дифтерита кишекъ является совершенно раціональнымъ старое названіе—дизентерія; для дифтерита матки можно бы употребить названіе endometritis puerperalis necrotica и т. д.

Условившись о томъ, что слѣдуетъ понимать подъ именемъ дифтерита и крупа, я перехожу теперь къ изложенію

этіологіи и клинической картины дифтеріи, извѣстной въ публикѣ подъ именемъ дифтерита зѣва или просто дифтерита.

Подъ именемъ дифтеріи мы понимаемъ острую инфекціонную, заразительную болѣзнь, характеризующуюся фибринознымъ воспаленіемъ слизистой оболочки зѣва и первыхъ воздухоносныхъ путей и нерѣдко влекущую за собой своеобразныя послѣдовательныя болѣзни, въ особенности въ видѣ параличей и пораженія почекъ и сердца.

Этіологія.

Въ опредѣленіи болѣзни я уже сказалъ, что дифтерія есть болѣзнь заразительная и инфекціонная; она происходитъ слѣдовательно отъ зараженія организма специфическимъ ядомъ, истинная натура котораго пока еще неизвѣстна. Многіе авторы (Oertel, Klebs, Letzerich и др.) убѣждены въ томъ, что дифтеритическій ядъ есть ничто иное, какъ микроскопическіе грибки (microspor. diphtheriticum Klebs, Mikrococcus и Bacter. termo Oertel'я). Но воззрѣніе это, хотя и имѣетъ за себя нѣкоторыя данныя, тѣмъ не менѣе въ настоящее время еще далеко не можетъ считаться доказаннымъ. Извѣстно, что зависимость какой-либо болѣзни отъ микропаразитовъ принимается въ наукѣ за доказанное лишь въ томъ случаѣ, если 1) данный видъ микропаразита встрѣчается въ тканяхъ и сокахъ организма, во всѣхъ случаяхъ заболѣванія данной болѣзнью и 2) если при томъ можно передать болѣзнь животному посредствомъ прививки любой изъ генерацій искусственной культивировки даннаго микроорганизма. Относительно дифтеріи пока выполнено лишь первое изъ этихъ условій, которое само по себѣ является вовсе не доказательнымъ. Дѣло въ томъ, что хотя въ трупахъ дифтеритиковъ и удается обыкновенно доказать присутствіе микрококковъ во внутреннихъ органахъ, также какъ въ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудахъ, но помимо того, что подобная находка свойственна самымъ разнообразнымъ болѣзнямъ, еще не доказано, что микрококки

проникаютъ туда при жизни, а не разводятся лишь послѣ смерти. Можно указать по этому поводу на изслѣдованія доктора Н. Васильева (Клинич газета 1883 г. № 19), который пришелъ къ заключенію, что находимыя въ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудахъ различныхъ органовъ *колоніи микроорганизмовъ суть явленіе вторичное, наступающее вслѣдъ за смертью всего организма или которой нибудь его части.* Далѣе д-ръ Васильевъ опытами надъ лягушками вполнѣ подтверждаетъ гипотезу профессора Recklinhausen'a, по которому можно разсчитывать найти колоніи микрококковъ въ сосудахъ такихъ органовъ, которые взяты изъ труповъ людей, имѣвшихъ при жизни какое-либо нарушеніе цѣлости тканей (язва кожи или слизистой оболочки и проч.). Васильевъ показалъ именно, что если вызвать какимъ-либо способомъ на кожѣ лягушки хроническую язву, то у такого животнаго послѣ смерти можно наблюдать скопленіе въ кровеносныхъ сосудахъ колоній микрококковъ, морфологически ничѣмъ не отличающихся отъ септическихъ. Микрококки скопляются притомъ не только въ ближайшей окружности язвы, но и въ мѣстахъ, лежащихъ далеко отъ нея; напротивъ того въ кровеносныхъ сосудахъ лягушекъ, погибшихъ отъ какой-нибудь причины (но только не отъ сепсиса, конечно) и не имѣвшихъ при жизни никакихъ нарушеній цѣлости тканей, *никогда* не наблюдается развитія подобныхъ колоній бактерій.—Эти изслѣдованія Васильева совершенно уничтожаютъ доказательную силу перваго изъ приведенныхъ нами условій. Что касается до втораго доказательства (полученіе путемъ цѣлаго ряда культуръ даннаго микроорганизма въ чистомъ видѣ и затѣмъ удачныя прививки культуръ животнымъ), то оно еще никѣмъ не представлено. Дифтерія много разъ передавалась животнымъ посредствомъ прививки пленокъ, что однако не можетъ имѣть доказательной силы въ пользу паразитарнаго происхожденія дифтерита, такъ какъ при этомъ способѣ прививки вмѣстѣ съ дифтеритическимъ ядомъ прививаются ткани, находящіяся въ состояніи гнилостнаго разложенія, и потому вмѣсто дифтеріи можетъ быть привита септицемія.

Въ этомъ отношеніи поучительны дальнѣйшіе опыты того же Васильева. По его наблюденіямъ лягушка умираетъ отъ септицеміи, если привить ей кровь отъ септически больной лягушки; но если здоровой лягушкѣ привить *загнившую* септическую кровь, или кусочекъ ткани, взятой отъ лягушки, умершей отъ сепсиса, то кромѣ общей септицеміи получается на мѣстѣ прививки и дифтеритическій эксудатъ. Изъ всего сказаннаго выходитъ то, что до настоящаго времени *дифтеритическій грибокъ еще не найденъ и слѣдовательно паразитарное происхожденіе дифтеріи пока еще не доказано.*

Дифтерія принадлежитъ къ числу несомнѣнно *контагіозныхъ* болѣзней, потому что очень легко передается отъ больныхъ здоровымъ во всѣхъ своихъ формахъ. Мнѣніе нѣкоторыхъ авторовъ (Monti), будто заразительность присуща только тяжелому или септическому дифтериту, по моему мнѣнію, рѣшительно не справедливо, такъ какъ ежегодно приходится наблюдать случаи послѣдовательнаго заболѣванія всѣхъ дѣтей извѣстной семьи другъ за другомъ, независимо отъ того, какой формой дифтеріи случилось заболѣть первому ребенку; возможно, однако, что септическій дифтеритъ обладаетъ большей заразительностью, чѣмъ дифтерія въ легкой или средней силѣ. По общему отзыву врачей, дифтеритическій ядъ хотя и можетъ передаваться черезъ воздухъ, но тѣмъ не менѣе не обладаетъ такою летучестью, какъ напр., ядъ кори; за то онъ очень стоекъ и долго остается въ стѣнахъ того помѣщенія, гдѣ помѣщались больные дифтеритомъ. Этими свойствами дифтеритнаго контагія объясняется между прочимъ медленное распространеніе эпидеміи дифтеріи, а также и тотъ фактъ, что дифтерія часто ограничивается небольшой территоріей напр. извѣстнымъ домомъ и даже извѣстной квартирой большаго дома. По той же причинѣ въ большой квартирѣ скорѣе удается съ успѣхомъ изолировать больныхъ дѣтей отъ здоеровыхъ, чѣмъ при кори. Въ этомъ отношеніи дифтеритическій контагій ближе подходитъ къ контагію скарлатины. Стойкость или живучесть дифтеритической заразы пора-

зительна, а потому весьма трудно сказать, чрезъ сколько времени можно безопасно поселиться въ помѣщеніи, гдѣ были дифтеритическіе больные; по отношенію къ этому вопросу весьма поучителенъ грустный эпизодъ изъ жизни нашей дѣтской больницы. Зимой 81—82 года эпидемія дифтерита въ Москвѣ приняла довольно обширные размѣры, такъ что все контагіозное отдѣленіе нашей больницы было отдано въ распоряженіе дифтеритическихъ больныхъ, а больные съ другими контагіозными болѣзнями (корь, оспа, скарлатина) не принимались вовсѣ. Весной 82-го года число больныхъ дифтеритомъ уменьшилось на столько, что въ апрѣлѣ нашли возможнымъ выписать всѣхъ больныхъ. Палаты были прокурены хлоромъ, стѣны выкрашены за ново, потолки выбѣлены и все помѣщеніе оставлено при открытыхъ окнахъ на все лѣто. Осенью, слѣдовательно мѣсяцевъ черезъ пять, шесть, послѣ дезинфекціи, контагіозное отдѣленіе было снова открыто, но на этотъ разъ не для дифтерита, а для кори, оспы и скарлатины; и что же?—рѣдкій больной уходилъ изъ больницы, не перенесши въ ней болѣе или менѣе тяжелаго дифтерита: это осложненіе съ особой злокачественностью давало себя чувствовать коревымъ больнымъ, которые умирали въ этомъ году такъ сильно (до 50%), какъ никогда не умираютъ отъ кори, вслѣдствіе чего весной 83-го года контагіозное отдѣленіе было закрыто совсѣмъ и послѣ того не открывалось болѣе.

Въ одной изъ палатъ Дрезденской дѣтской больницы, повторные случаи дифтеріи въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, не смотря на дезинфекцію, появлялись до тѣхъ поръ, пока Förster не заподозрилъ существованія гнѣзда заразы въ щеляхъ пола. Эпидемія прекратилась послѣ переборки половъ. (Arch. f. Kinderh. 1881, стр. 146).

Проф. Демме свидѣтельствуетъ, что въ Bern'ѣ въ 1882 г. не было эпидеміи дифтеріи, но попадались отдѣльные случаи этой болѣзни преимущественно изъ тѣхъ домовъ, въ которыхъ были случаи дифтеріи во время эпидеміи 1881 года; причемъ опрятное содержаніе домовъ съ чистыми дворами и съ проведенной водой, нисколько не гарантиро-

вало отъ появленія новыхъ случаевъ дифтеріи черезъ годъ по окончаніи эпидеміи. (*XX* Jahres Bericht d. Jen. Kindersp. zu Bern 1883, стр. 15).

Понятно, что зараза можетъ передаваться не только черезъ стѣны, но и черезъ другіе предметы, особенно черезъ платье и игрушки.

Общее правило для всѣхъ заразныхъ болѣзней, что чѣмъ концентрированнѣе зараза, тѣмъ она сильнѣе дѣйствуетъ, имѣетъ приложеніе и къ дифтеріи, а потому тѣсное жилище является обстоятельствомъ, располагающимъ къ зараженію, тогда какъ обширная вентиляція должна считаться однимъ изъ лучшихъ предохранительныхъ средствъ.

Индивидуальная воспріимчивость къ дифтеріи очень разнообразна. Въ дѣтскомъ возрастѣ она выражена гораздо рѣзче, чѣмъ у взрослыхъ, особенно часто заболѣваютъ дѣти отъ двухъ до десяти лѣтъ, значительно рѣже отъ шести мѣсяцевъ до года, а до шести мѣсяцевъ дифтеритъ встрѣчается лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Большею воспріимчивостью къ дифтеріи обладаютъ дѣти часто страдающія острыми катаррами слизистой оболочки зѣва и имѣющія гипертрофированныя тонзилы.

Между врачами и въ публикѣ очень распространено мнѣніе, что однократное заболѣваніе дифтеріей не только не предохраняетъ отъ повторенія этой болѣзни, но даже располагаетъ къ нему. По Baginsk'ому послѣдущія заболѣванія бываютъ слабѣе перваго, если только оно было тяжелымъ. Взглядъ этотъ однако не доказанъ достаточнымъ числомъ наблюденій, и нѣкоторые опытные врачи возстаютъ противъ него, такъ напр., Monti въ теченіе своей 20-и лѣтней практики видѣлъ только одинъ случай повторенія дифтеріи у дѣвочки трахеотомированной по случаи дифтерита гортани годъ тому назадъ. (Ueber Croup u. Diphtheritis im Kindesalter 1884, стр. 139). Если повторное зараженіе дифтеріей изрѣдка и встрѣчается, то это еще ничего не доказываетъ, такъ какъ то же самое случается и съ оспой и съ корью и др. инфектіозными болѣзнями. Несомнѣнно, что не мало встрѣчается дѣтей каждую зиму или

осень, страдающихъ жабами, сопровождающимися образованіями на миндалинахъ желтоватыхъ островковъ; но этихъ послѣднихъ, конечно, не достаточно, чтобъ признавать жабу за дифтерію.

При дифтеріи, какъ и при другихъ контагіозныхъ болѣзняхъ, между моментомъ зараженія и началомъ заболѣванія проходитъ извѣстное время, въ теченіе котораго ребенокъ чувствуетъ себя совершенно здоровымъ. Продолжительность этого *инкубаціоннаго періода* не отличается постоянствомъ и потому точнаго опредѣленія не допускаетъ; въ среднемъ она равняется 2-мъ, 5-и днямъ, всего чаще повидимому бываетъ три дня; но иногда семь, двѣнадцать дней. Самый короткій срокъ инкубаціи бываетъ у оперированныхъ или у людей, имѣющихъ какія нибудь раны или ссадины.

Вопросъ о томъ, является ли дифтерія съ самаго начала въ видѣ общей болѣзни, но лишь съ локализаціей въ зѣвѣ, подобно напр., скарлатинѣ, или первоначально она является въ видѣ мѣстнаго страданія,—относится къ числу нерѣшенныхъ. Въ пользу того, что дифтеритъ есть общая болѣзнь, приводятъ во 1-хъ, то, что онъ является въ эпидеміяхъ; 2) контагіозенъ; 3) общія явленія не всегда соотвѣтствуютъ мѣстнымъ; 4) нерѣдко лихорадка, альбуминурія и даже параличи (стр. 224) являются раньше мѣстныхъ явленій; (Американскій врачъ Levis Smith привелъ по этому поводу богатую казуистику на международномъ съѣздѣ въ Филадельфіи въ 1877 году); 5) Мѣстное лѣченіе, хотя бы предпринятое въ самомъ началѣ, не въ состояніи предотвратить дальнѣйшее развитіе болѣзни; наоборотъ, въ пользу того, что дифтеритъ является сначала чисто мѣстнымъ заболѣваніемъ, указываютъ многочисленные случаи, когда мѣстныя явленія являются прежде общихъ, которыхъ можетъ вовсе и не быть (безлихорадочная форма дифтеріи), а главное, что дифтеритъ иногда начинается съ какой-либо раны: экспериментальный дифтеритъ всегда первоначально является на мѣстѣ прививки, а не въ зѣвѣ; но и эти факты не рѣшаютъ дѣла; что касается до безлихорадочныхъ формъ дифтеріи, то противъ ихъ чисто мѣстнаго характера говорятъ

нерѣдкія послѣдствія этихъ формъ, именно дифтеритическіе параличи, которые не могли бы развиться, еслибы ядъ не циркулировалъ въ крови; а относительно экспериментальнаго дифтерита можно возразить, что и общая болѣзнь можетъ при прививкѣ быть сначала чисто мѣстнымъ страданіемъ. Для примѣра укажемъ на оспу; никто не сомнѣвается, конечно, что она относится къ общимъ заболѣваніямъ, а между тѣмъ, при прививкѣ прежде всего являются пустулы на мѣстѣ прививки безъ всякой лихорадки, т. е. въ видѣ чисто мѣстнаго пораженія кожи, но черезъ нѣсколько дней ядъ изъ пустулъ всасывается въ кровь и потому является сначала лихорадка, а потомъ и оспенная сыпь на всемъ тѣлѣ. Нѣчто подобное допустимо и для дифтеріи: если произойдетъ зараженіе черезъ легкія, то появится сначала общее заболѣваніе организма, т. е. лихорадка, альбуминурія и проч. Случится напротивъ яду привиться къ трещинѣ на губахъ, или къ ранѣ, или къ нормальной тонзилѣ, то является мѣстный дифтеритъ, переходящій потомъ въ общій. Въ виду сказаннаго, я склоненъ думать, что *дифтеритъ можетъ начинаться двоякимъ образомъ, но несравненно чаще онъ является первоначально въ видѣ общаго страданія.*

Припадки и теченіе.

Смотря по развитію и интенсивности симптомовъ различаютъ различныя формы дифтеріи именно: 1) легкую, 2) тяжелую и 3) септическую или токсическую форму. Нѣкоторые признаютъ нужнымъ отличать еще и четвертую форму, подъ именемъ гангренознаго дифтерита; но такъ какъ этотъ послѣдній всегда сопровождается и признаками сепсиса, то отдѣлять его нѣтъ основанія ни въ цѣляхъ діагностики, ни прогностики, ни терапіи.

Къ легкой формѣ дифтеріи относятся случаи протекающіе подъ видомъ чисто мѣстнаго страданія, т. е. безъ симптомовъ отравленія организма и кончающіеся выздоровленіемъ въ нѣсколько дней. Общая характеристика этой формы состоитъ въ слѣдующемъ: общее состояніе весьма,

удовлетворительное, при незначительномъ повышеніи температуры выраженіе и цвѣтъ лица остается нормальнымъ, какъ у здороваго, а языкъ влажнымъ и чистымъ; мѣстныя явленія развиты не значительно: ложныя оболочки бѣловатого или слегка желтоватаго цвѣта *не толсты* и *не обширны*: онѣ занимаютъ только миндалины и лишь изрѣдка распространяются на мягкое небо и язычекъ; слизистая оболочка по сосѣдству съ эксудатомъ представляется нормальной или слегка гиперимированной, а миндалины не припухшими; дыханіе *не вонюче*; подчелюстныя железы или нормальной величины, или болѣе или менѣе увеличены, но во всякомъ случаѣ онѣ никогда не сливаются между собой въ объемистую опухоль и не percтаются съ кожей, а *катаются подъ пальцемъ*. Моча если и содержитъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ бѣлокъ, то лишь въ видѣ слѣдовъ и не долго, 2—3 дня. Продолжительность болѣзни въ половинѣ случаевъ 5—6 дней, въ другой половинѣ 8—10, но иногда и гораздо дольше, даже до 3—4 недѣль, такъ какъ именно легкія то формы дифтеріи и отличаются иногда наибольшей продолжительностью. Легкая форма дифтеріи можетъ быть опасна только въ томъ случаѣ, если ложныя оболочки распространяются на гортань.

По характеру мѣстныхъ явленій и по теченію можно различать двѣ разновидности легкой формы дифтеріи: 1) точечную и 2) крупозную или пленчатую. *Точечная форма* (катарральный дифтеритъ) очень рѣдко начинается съ значительнаго жара (до 40%), обыкновенно же съ легкаго лихорадочнаго состоянія отъ 38 до 39, а иногда и совсѣмъ безъ повышенія температуры и почти безъ боли при глотаніи; опухоли лимфатическихъ железъ на шеѣ и подъ угломъ нижней челюсти совсѣмъ не бываетъ. При осмотрѣ зѣва оказывается, что на слегка покраснѣвшей слизистой оболочкѣ миндалинъ разбросаны сѣроватыя или желтоватыя пятнышки величиною отъ булавочной головки до чечевицы (точечный дифтеритъ, angian disseminata. — Hüttenbrenner'a). На слѣдущій день лихорадка часто исчезаетъ совсѣмъ, отдѣльные островки въ зѣвѣ нѣсколько увеличиваются

на поверхности, но не сливаются въ пленки, а на третій день начинается уже отдѣленіе эксудата, и еще дня черезъ два отъ болѣзни не остается и слѣда.

Въ патолого-анатомическомъ смыслѣ только что описанная форма ангины не можетъ быть названа не только дифтеритомъ, но даже и крупомъ, потому что никакого, фибринознаго эксудата здѣсь нѣтъ, и дѣло идетъ лишь о легкомъ катаррѣ слизистой оболочки, при которомъ, вслѣдствіе острововиднаго взбудораживанья эпителія, пронизаннаго микрококками, образуются бѣловато-сѣрыя или желтоватыя, слегка возвышенныя пятнышки, (Oertel), по отдѣленіи которыхъ слизистая оболочка оказывается нормальною. Цвѣтъ и величина пятенъ по Oertel'ю прямо зависятъ отъ степени размноженія микроорганизмовъ.

Крупозная форма дифтеріи образуется или изъ предыдущей формы, или является самостоятельно. Переходъ точечной формы дифтеріи въ крупозную можетъ совершаться различнымъ образомъ. Въ однихъ случаяхъ лихорадка, появившаяся на первый день заболѣванія, не исчезаетъ въ теченіе нѣсколькихъ дней, и за это время отдѣльно сидѣвшія желтовато бѣловатыя точки, увеличиваясь по поверхности, сливаются въ болѣе или менѣе крупныя бляшки, крѣпко сидящія на слизистой оболочкѣ и состоящія изъ фибринознаго выпота; въ другихъ случаяхъ первоначальная лихорадка хотя черезъ день или два и исчезаетъ, но пятнышки остаются in statu quo въ теченіе 3-хъ 4-хъ или даже больше дней, а потомъ вдругъ появляется новое повышеніе температуры, субъективные припадки со стороны зѣва усиливаются и отдѣльныя пятнышки въ теченіе нѣсколькихъ часовъ превращаются въ крупозныя перепонки. Если крупозная форма развивается не изъ точечной, а самостоятельно, то болѣзнь начинается обыкновенно съ сильнаго жара (40°, 41°) иногда съ ознобомъ и рвотой и болью при глотаніи. Больные жалуются при этомъ, конечно, на голову, большую слабость, боль въ конечностяхъ и другіе субъективные спутники лихорадки. Боль при глотаніи иногда очень сильна, иногда нѣтъ; маленькія (до 4-хъ лѣтъ) дѣти обыкновенно не жалуются на

боль горла. Объективно на 1-й день болѣзни можно замѣтить лишь явленія сильной катарральной ангины: яркая краснота миндалинъ и мягкаго неба и болѣе или менѣе отечная припухлость этихъ частей (увеличеніе язычка); на 2-й или лишь на 3-й день при продолжающейся лихорадкѣ появляются дифтеритическія бляшки или только на тонзилляхъ или одновременно и на небныхъ дужкахъ и на язычкѣ.

Смотря по интенсивности даннаго случая дальнѣйшее теченіе бываетъ не одинаково; въ большинствѣ случаевъ, особенно у дѣтей старшаго возраста и у взрослыхъ, болѣзнь достигаетъ своего acme уже на 3-й день и послѣ того начинается улучшеніе, которое выражается вначалѣ пониженіемъ температуры, а потомъ отпаденіемъ или исчезновеніемъ (таяніемъ) пленокъ, такъ что черезъ 5 дней, или черезъ недѣлю, наступаетъ полное выздоровленіе; но даже и въ этихъ случаяхъ остается значительная слабость не пропорціональная короткому лихорадочному состоянію. Въ другихъ случаяхъ, составляющихъ переходъ къ тяжелымъ, не смотря на паденіе температуры, или при продолжающейся значительной лихорадкѣ, болѣзнь прогрессируетъ цѣлую недѣлю или дней 10, оставаясь при этомъ только въ зѣвѣ, такъ что образуются очень толстыя желтовато или бѣловато сѣроватыя пленки. Чрезвычайно тягостнымъ припадкомъ является въ это время скопленіе во рту тягучей, густой, слизи, отхаркиваніе которой очень болѣзненно. Въ болѣе легкихъ случаяхъ замѣчается напротивъ образованіе жидкой слизи и обильное отдѣленіе слюны, такъ что слюнотеченіе при дифтеритѣ можетъ считаться до нѣкоторой степени хорошимъ прогностическимъ признакомъ. Постояннымъ спутникомъ подобныхъ жабъ бываетъ болѣе или менѣе значительная опухоль подчелюстныхъ и шейныхъ железъ. Опухшія железки тверды на ощупь и при давленіи болѣзненны, но клѣтчатка, ихъ окружающая, въ случаяхъ не септическаго дифтерита обыкновенно не представляетъ ни отека, ни инфильтраціи или и то и другое въ самой незначительной степени, а потому железы не сливаются между собой въ объемистую опухоль.

Въ благопріятныхъ случаяхъ дифтерита, въ началѣ 2-й недѣли, наступаетъ поворотъ къ лучшему: лихорадка стихаетъ совершенно, пленки какъ бы разрыхляются, получаютъ рѣзкія границы, значительно возвышаются надъ поверхностью слизистой оболочки и начинаютъ отдѣляться путемъ гнойной инфильтраціи ихъ основанія. По отпаденіи пленокъ, на ихъ мѣстѣ остаются отнюдь не язвы, а только весьма болѣзненныя ссадины, вслѣдствіе которыхъ боль при глотаніи въ періодѣ выздоровленія можетъ сдѣлаться значительно сильнѣе, чѣмъ она была въ періодѣ образованія пленокъ. Въ это время чувствительность слизистой оболочки зѣва бываетъ иногда такъ повышена, что даже взрослые больные отказываются не только отъ помазываній зѣва чѣмъ бы то ни было, но даже и отъ пульверизацій индиферентными растворами, напр. разведенной aq. calcis, и единственно что еще приноситъ имъ облегченіе, это теплые водяные пары. (Мнѣніе Oertel'я, по которому боль при глотаніи улучшается при первыхъ признакахъ ослабленія воспаленія и эксудаціи и черезъ 24—48 часовъ совсѣмъ исчезаетъ, — справедливо далеко не для всѣхъ случаевъ, а только для тѣхъ, гдѣ пленки не отдѣляются цѣликомъ, оставляя ссадину, а постепенно растворяются). Толстыя перепонки, отпадающія сразу, представляютъ собой какъ бы слѣпокъ той поверхности, на которой онѣ сидѣли; съ язычка напр. пленка сходитъ въ видѣ колпачка, стѣнки котораго бываютъ при случаѣ такъ упруги, что не спадаются.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, точечный дифтеритъ, начавшись безъ лихорадки, остается таковымъ и въ дальнѣйшемъ теченіи, не смотря на то, что въ зѣвѣ постоянно образуются очень обширныя отложенія крупознаго эксудата.

Въ существованіи такихъ, вполнѣ *безлихорадочныхъ*, случаевъ крупозной формы дифтерита зѣва хотя нѣкоторые авторы и сомнѣваются, но, по моему мнѣнію, совершенно неосновательно. Какъ примѣръ подобнаго теченія дифтеріи я могу привести дифтеритъ у двухъ братьевъ Кузнецовыхъ 11 и 9 лѣтъ. У обоихъ дифтерія появилась первоначально

въ точечной формѣ, а потомъ въ теченіе 1-й недѣли эксудатъ обложилъ всю поверхность тонзилъ и заходилъ на заднія дужки мягкаго неба и отчасти на заднюю стѣнку глотки. Мальчикъ 10 лѣтъ сталъ чувствовать неловкость при глотаніи 28 октября 1881 года. Въ этотъ же день на миндалинахъ замѣчено нѣсколько бѣловато-желтоватыхъ точекъ, сидѣвшихъ на нормальной или едва покраснѣвшей слизистой оболочкѣ. Больной былъ отдѣленъ отъ своего брата (который былъ переведенъ въ другую квартиру) и подвергнутъ лѣченію ингаляціями паровымъ пульверизаторомъ 2% раствора салициловаго натра и помазыванію зѣва 3% растворомъ карболовой кислоты.

Однако не смотря на лѣченіе, пятна съ каждымъ днемъ увеличивались, къ концу недѣли достигли своего max., въ теченіе слѣдующей недѣли оставались in. st. q., а на 3 недѣлѣ стали постепенно исчезать, какъ будто таять.

За первыя двѣ недѣли болѣзни, ходъ температуры былъ слѣдующій:

Октябрь 28.	Утро.	Веч.		Утро.	Веч.
1-й день бол.	36,7	37,4	11-й день бол.	36,5	37,2
2 „ „	37.	37,5	12 „ „	36,5	36,1
3 „ „	37,1	37,6	13 „ „	36,3	37,9
4 „ „	38,2	37,8	14 „ „	36,7	37,1
5 „ „	36,8	37.	15 „ „	36,7	36,9
6 „ „	36,3	36,9	16 „ „	36,6	36,8
7 „ „	36,6	36,9	17 „ „	36,7	36,7
8 „ „	36,7	37,1	18 „ „	36,7	36,9
9 „ „	37,1	37,4	19 „ „	37.	37.
10 „ „	36,8	37,2			

Не смотря на изолированіе совсѣмъ въ другой домъ, 9-и лѣтній братъ больнаго все таки заболѣлъ дифтеритомъ и именно 5 ноября, т. е. на 8-й день. До этихъ поръ я осматривалъ его горло каждый день, а потому начало дифтерита въ этомъ случаѣ не можетъ подлежать сомнѣнію; за аккуратное измѣреніе температуры у обоихъ братьевъ я ручаюсь вполнѣ; ходъ болѣзни былъ почти совершенно тотъ

же, какъ и у 1-го больного, только пленки начали скорѣе таять и потому болѣзнь имѣла болѣе короткое теченіе.

	Утро.	Веч.		Утро.	Веч.
1-й день бол.	—	37,2	7-й день бол.	37,5	37.
2 „ „	37,4	36,5	8 „ „	37,4	36,3
3 „ „	37,1	36,7	9 „ „	37,2	36,3
4 „ „	37,9	37,3	10 „ „	37,2	36,3
5 „ „	37,4	37,6	11 „ „	37,1	36,4
6 „ „	38	37.	12 „ „	37,2	36,9

Замѣчательно, что въ обоихъ случаяхъ во время разгара болѣзни, а именно у перваго на 5, 6, 7 и 8 день и т. д., у послѣдняго по вечерамъ на 2 и 3 дни наблюдались даже субнормальныя температуры; то же самое я имѣлъ случай наблюдать и въ нѣкоторыхъ другихъ случаяхъ и между прочимъ у своихъ собственныхъ дѣтей. Нѣсколько подобныхъ случаевъ приводитъ и докторъ Икавитцъ (Дифтеритъ въ Тамбовѣ въ 1880 году) напр. случаи подъ номерами 30, 31, 32 и 43. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, у мальчика 10-и лѣтъ утренняя температура стояла на 36, а вечеромъ не поднималась выше 36,4. Налетъ на лѣвой миндалинѣ сошелъ на 7-й день. Это обстоятельство въ связи съ тѣмъ общеизвѣстнымъ фактомъ, что часто и въ тяжелыхъ случаяхъ дифтеріи наблюдаются не соразмѣрно низкія температуры и что въ случаяхъ средней силы высокія температуры наблюдаются только въ первые 2—3 дня болѣзни, а дальнѣйшее развитіе пленокъ идетъ почти безъ лихорадки, дѣлаетъ такое впечатлѣніе, что дифтеритическій ядъ обладаетъ свойствомъ дѣйствовать на температуру понижающимъ образомъ, вслѣдствіе чего температура при немъ вообще бываетъ ниже, чѣмъ при паренхиматозныхъ и даже при простыхъ катарральныхъ ангинахъ. Аналогичное дѣйствіе оказываетъ и тифозный ядъ, но только не на температуру, а на пульсъ. Безлихорадочные, или почти безлихорадочные, случаи дифтеріи отличаются еще тою особенностью, что имѣютъ склонность затягиваться на довольно продолжительное время, такъ что рѣдко кончаются ранѣе

двухъ недѣль, а иногда принимаютъ даже какъ-бы хроническое теченіе, при чемъ на мѣстѣ отдѣлившихся пленокъ образуются новыя, такъ что болѣзнь тянется цѣлый мѣсяцъ и дольше. Къ подобнымъ случаяхъ *хроническаго дифтерита* можно отнести также случаи *рецидивирующаго* дифтерита, когда эксудатъ при новомъ легкомъ лихорадочномъ состояніи появляется напр. черезъ недѣлю послѣ полнаго исчезновенія налета. Примѣромъ подобнаго теченія можетъ служить дифтеритъ у только что приведеннаго мальчика Кузнец. Дифтеритъ начался у него 28 Октября; послѣдніе слѣды эксудата исчезли 16 ноября, а въ 20-хъ числахъ ноября онъ получилъ дифтеритъ снова и хворалъ имъ 12 дней, при чемъ лихорадочное состояніе наблюдалось только 3 дня:

	Утро.	Веч.		Утро.	Веч.
1-й день бол.	38,3	39,3	7-й день бол.	37,2	37,3
2 " "	38,3	38,9	8 " "	37,2	37,3
3 " "	38,4	38.	9 " "	36,8	36,9
4 " "	37,7	37,6	10 " "	36,9	36,8
5 " "	37,7	37,5	11 " "	36,6	37.
6 " "	37,5	37,3	12 " "	36,8	—

Seitz въ своей монографіи тоже приводитъ такіе случаи хроническаго дифтерита.

Но всего подробнѣе они описаны Cadet de Gassicourt'омъ (l. c. стр. 298—317) подъ именемъ diphtherie á forme prolongée. Онъ понимаетъ подъ этимъ названіемъ случаи дифтеріи, продолжающіеся дольше нормальнаго максимальнаго срока, принимаемаго имъ въ 31 день; дольше этого дифтеритъ затягивается лишь въ исключительныхъ случаяхъ, эти-то исключительные случаи и есть ничто иное, какъ diphtherie á forme prolongée; отъ обыкновенныхъ случаевъ они отличаются, помимо своей продолжительности и полнаго отсутствія симптомовъ общей инфекціи, еще тѣмъ, что мѣстныя проявленія дифтеріи не оказываютъ склонности распространяться по поверхности, такъ какъ ложныя оболочки постоянно рецидивируютъ на одномъ и томъ-же мѣстѣ. Тождество этихъ случаевъ съ обыкновенной дифтеріей

доказывается во 1-хъ тѣмъ, что они происходятъ подъ вліяніемъ дифтеритнаго контагія и во 2-хъ тѣмъ, что въ своемъ началѣ они ничѣмъ не отличаются отъ случаевъ дифтеріи средней силы; но въ періодѣ выздоровленія, когда общее состояніе возвращается къ нормѣ и когда пленчатый эксудатъ начинаетъ уже исчезать, оказывается, что въ одномъ какомъ либо мѣстѣ, (напр. на губѣ, въ носу, въ гортани и проч.), дифтеритическій эксудатъ упорно возвращается въ теченіе нѣсколькихъ недѣль и даже мѣсяцевъ.

Cadet de Gassicourt различаетъ двѣ формы затянувшагося дифтерита: 1—дифтерія безъ крупа и 2—затянувшійся крупъ. Какъ замѣчательный примѣръ первой группы, онъ приводитъ случай Isambert: ординаторъ больницы заразился дифтеріей во время производства трахеотоміи; ложныя оболочки занимали сначала зѣвъ и носъ; отдѣленіе перепонокъ и ослабленіе лихорадки началось на 16-й день и вскорѣ послѣ того больной выздоровѣлъ совсѣмъ, за исключеніемъ лишь того, что на слизистой оболочкѣ носа постоянно появлялись новыя пленки на мѣстѣ отпавшихъ. Чтобъ избавиться отъ непріятнаго недуга, больной предпринялъ путешествіе по Европѣ, но не смотря на перемѣну климатовъ и образа жизни онъ вылѣчился не ранѣе, какъ черезъ 9 мѣсяцевъ.

Затянувшійся крупъ авт. дѣлитъ на 3 класса: 1) случаи затянувшагося крупа съ исходомъ въ выздоровленіе *безъ операціи.* Эти случаи крайне рѣдки; Cad. de Gos. не видалъ не оперированнаго крупа продолжавшагося до выздоровленія дольше 26 дней; Sanné наблюдалъ по одному случаю крупа въ 27, 32 и 60 дней.

2) Случаи затянувшагося крупа съ исходомъ въ выздоровленіе послѣ операціи. Очень рѣдко случается, чтобы крупъ, прогрессируя въ своемъ развитіи, не потребовалъ-бы трахеотоміи до 11-го дня; изъ 393 трахеотомій произведенныхъ Sanné, только 3 операціи были сдѣланы на 9-й, 10-й 11-й дни; Cad. de Gas. изъ 479 трахеотомій оперировалъ по разу на 18 й, 23-й и 43-й день. Изъ нихъ только послѣдній

относится къ случаямъ á forme prolongée. Несравненно чаще встрѣчаются:

3) Случаи крупа затянувшіеся послѣ операціи. Cad. de Gas. наблюдалъ 5 таковыхъ. Постоянное образованіе новыхъ пленокъ въ гортани и трахеи препятствовало удаленію канули въ теченіе 41-го, 66-и, 68-и, 82-хъ и 150-и дней.

Легкіе случаи дифтеріи служатъ лучшими указателями на безсиліе нашихъ терапевтическихъ средствъ, такъ какъ не смотря на свою кажущуюся легкость, они съ замѣчательнымъ упорствомъ противостоятъ различнымъ способамъ приложенія мѣстныхъ средствъ, каковы прижиганія ляписомъ in. subst. присыпка салициловой кислотой, помазыванія 3% карболовой кислоты, пульверизаціи и проч.

Какъ уже сказано, легкая форма дифтеріи можетъ угрожать жизни только при распространеніи пленокъ на гортань. На частоту пораженія послѣдней оказываютъ большое вліяніе во 1-хъ возрастъ паціента и во 2-хъ распространенность перепонокъ. Чѣмъ моложе ребенокъ и чѣмъ бо̀льшую поверхность занимаютъ крупозныя перепонки, тѣмъ скорѣе можно опасаться пораженія гортани. У дѣтей до 2-хъ лѣтъ такой исходъ можно считать почти за правило. Время пораженія гортани очень различно: 3—9 дней, рѣдко позднѣе. Гортань поражается, какъ въ легкихъ, такъ и въ тяжелыхъ и въ септическихъ формахъ дифтеріи, съ тою только разницей, что при первыхъ картина стеноза выражается яснѣе, такъ какъ больной не такъ скоро умираетъ, какъ при септической формѣ.

Первые симптомы пораженія гортани бываютъ не рѣзки; дѣло начинается явленіями катарра гортани въ видѣ хрипоты голоса и короткаго, хриплаго, какъ бы лающаго кашля (крупозный кашель) но сначала безъ затрудненнаго дыханія. Этотъ начальный или, какъ его называютъ, продромальный періодъ дифтерита гортани постепенно, въ теченіе 2—3 дней переходитъ въ періодъ стеноза, при чемъ хрипота голоса и кашля усиливается, послѣдній дѣлается нѣсколько чаще и, что особенно характерно для этого періода, появляется затрудненное дыханіе, въ смыслѣ *инспираторной одышки*,

т. е. вдыханіе удлиняется и совершается съ трудомъ, а выдыханіе остается довольно свободнымъ. Такъ какъ инспираторная одышка обусловливается съуженіемъ просвѣта гортани, вслѣдствіе воспалительной припухлости слизистой оболочки и отложенія фибринозныхъ пленокъ, то при вдыханіи, т. е. при расширеніи грудной клѣтки, въ легкое не успѣваетъ войдти столько воздуха, сколько образуется въ грудной полости пустаго пространства, а потому уступчивыя мѣста грудной клѣтки подъ вліяніемъ атмосфернаго давленія, втягиваются, а прохожденіе воздуха черезъ съуженное мѣсто въ гортани вызываетъ характерные шипящіе или слегка свистящіе звуки. Чѣмъ глубже вздохъ, т. е. чѣмъ сильнѣе расширяется грудная клѣтка, тѣмъ больше разрѣжается воздухъ и тѣмъ сильнѣе втягиваются надключичныя и яремныя ямки, scrob. cordis и мѣста прикрѣпленія діафрагмы. Въ началѣ періода стеноза, не смотря на нѣкоторую степень съуженія гортани, больной получаетъ еще достаточно воздуха, чтобы не скоплялось избыточнаго количества углекислоты въ крови, а потому больной на одышку не жалуется, дыханіе его не учащено и ребенокъ покоенъ; но съ каждымъ днемъ стенозъ усиливается, а вмѣстѣ съ нимъ и всѣ другіе припадки; воздухъ проходитъ въ легочныя ячейки въ недостаточномъ количествѣ, въ крови начинаетъ скопляться избытокъ углекислоты, и больной, чувствуя одышку, дѣлается безпокоенъ. Это безпокойство, выражающееся тѣмъ, что больной мечется въ постели, просится то на руки няньки, то опять въ кровать, словомъ не находитъ мѣста, закидываетъ назадъ головку, хватается за шею и т. п. служитъ признакомъ приближенія 3-го и послѣдняго періода — асфиксіи. При полномъ развитіи этого періода, который рѣдко продолжается долѣе 24—48 часовъ, ребенокъ видимо ослабѣваетъ и дѣлается покойнѣе вслѣдствіе сонливости, дыханіе его поверхностно и слегка учащено и потому втягиваніе менѣе замѣтно, конечности холодѣютъ, губы и окружности глазъ синѣютъ въ то время, какъ лицо покрывается мертвенною блѣдностью; на лбу часто выступаетъ потъ; въ концѣ развивается общая ане-

стезія покрововъ и вскорѣ затѣмъ смерть. Иногда среди сонливости больной вдругъ опять вскакиваетъ, мучается отъ недостатка воздуха, но послѣ того скоро опять успокоивается и иногда немедленно умираетъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больной умираетъ уже во 2-мъ періодѣ, среди вдругъ развившагося приступа задушенія. Продолжительность болѣзни съ момента появленія симптомовъ со стороны гортани бываетъ тѣмъ короче, чѣмъ моложе ребенокъ; въ среднемъ отъ 2-хъ до 5-ти дней, въ исключительныхъ случаяхъ до 9—12-и дней.

Тяжелая форма дифтеріи, составляющая переходъ отъ легкихъ случаевъ къ токсическимъ, отличается отъ предыдущей главнымъ образомъ бо̀льшимъ развитіемъ мѣстныхъ симптомовъ: ложныя оболочки толсты и грязно-сѣраго цвѣта, онѣ рѣдко ограничиваются миндалинами, а распространяются и на мягкое небо, и на заднюю стѣнку глотки, а иногда и на слизистую оболочку носа; миндалевидныя железы сильно припухаютъ, слизистая оболочка по сосѣдству съ эксудатомъ разрыхлена, полнокровна и легко кровоточитъ при прикосновеніи; иногда замѣчается легкая вонь изо рта; подчелюстныя железы достигаютъ значительной величины и тверды на ощупь, иногда онѣ сливаются между собой и подвергаются нагноенію; альбуминурія встрѣчается часто; что касается лихорадки, то она не представляетъ характерныхъ особенностей: часто она не выше, чѣмъ въ легкихъ формахъ, но продолжительнѣе; говоря вообще, измѣреніе температуры при дифтеріи даетъ очень мало данныхъ, какъ для діагностики, такъ и для предсказанія. Тяжелая форма дифтеріи кончается или выздоровленіемъ въ теченіе 2-хъ, 3-хъ недѣль, или переходитъ въ токсическую форму, что случается большею чистью около 5-го, 7-го дня. Предвѣстниками такого перехода являются дифтеритическій насморкъ (истеченіе изъ носа ѣдкаго, слизисто-гнойнаго или сукровичнаго отдѣляемаго) и легкая отечная припухлость шейной клѣтчатки подъ угломъ нижней челюсти и вонь изо рта.

Септическая форма отличается отъ предыдущей, какъ по

характеру мѣстныхъ явленій, такъ и по общему состоянію организма. При осмотрѣ зѣва нельзя не замѣтить особенно грязнаго, а при кровоизліяніяхъ даже чернаго, цвѣта пораженныхъ частей и значительной вони изъ рта; во рту скопляется чрезвычайно вязкая, липкая, буроватаго цвѣта слизь, крѣпко пристающая къ языку и твердому небу; языкъ и вообще слизистая оболочка рта сухи, губы часто въ трещинахъ, которыя какъ и углы губъ покрываются дифтеритическимъ эксудатомъ. Далѣе характеристично значительное пораженіе шейныхъ лимфатическихъ железъ и окружающей ихъ клѣтчатки; особенно хактеренъ *отекъ шейной клѣтчатки*, который въ рѣзкой формѣ встрѣчается только при септическомъ дифтеритѣ зѣва, но не свойственъ скарлатинозному дифтериту. Отекъ этотъ преобладаетъ нерѣдко въ такой степени надъ инфильтраціей собственно железистой ткани, что опухоль на ощупь является совсѣмъ мягкой; иногда эта отечная припухлость быстро распространяется по шеѣ внизъ, такъ что въ сутки можетъ дойти до sternum и до ключицъ, но далѣе обыкновенно не успѣваетъ идти, такъ какъ больной скоро умираетъ. По моимъ наблюденіямъ, рѣзко выраженный отекъ шейной клѣтчатки при дифтеритѣ всегда служитъ предвѣстникомъ близкой смерти, которая наступаетъ въ такихъ случаяхъ не позднѣе 48-ми часовъ, а часто даже и раньше, особенно въ томъ случаѣ, если на кожѣ, покрывающей опухоль, замѣчается рожистая краснота.

Летальный исходъ неизбѣжно наступаетъ даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ септическое зараженіе организма выражено совсѣмъ не рѣзко: больной при этой отечной опухоли можетъ быть настолько бодръ, что сидитъ въ постели и сохраняетъ вполнѣ сознаніе, такъ что на отравленіе крови указываетъ только альбуминурія, почти никогда не отсутствующая въ подобныхъ случаяхъ. Въ большинствѣ случаевъ, однако, habitus больнаго при септическомъ дифтеритѣ измѣняется значительно; вслѣдствіе пораженія слизистой оболочки носа замѣчается истеченіе изъ ноздрей разъѣдающей кожу губъ слизисто - гнойной или кровянистой жидкос-

ти. Ссадины ноздрей и верхней губы покрываются дифтеритическимъ эксудатомъ. Одутловатое и блѣдное лицо больнаго выражаетъ большую слабость, пульсъ слабъ и иногда замедленъ, конечности холодны, лихорадка не сильна, или температура падаетъ даже ниже нормы, сознаніе, не смотря на апатію или сонливость, сохраняется обыкновенно до самой смерти, или же за нѣсколько часовъ наступаетъ безпамятство и бредъ.

Если септическій дифтеритъ развивается не изъ тяжелой формы, а является таковымъ съ самаго начала, то онъ ведетъ къ смертельному исходу чрезвычайно быстро, напр. въ 36—48 часовъ, но чаще черезъ 3—5 дней. Судя по тому, что смерть при дифтеріи вообще чаще наступаетъ въ теченіе первой недѣли, слѣдуетъ заключить, что общее отравленіе организма, характеризующее септическую форму дифтеріи, въ большинствѣ случаевъ развивается съ самаго начала. Изъ 112-и смертныхъ случаевъ, прошедшихъ черезъ руки Cadet de Gass. въ теченіе первыхъ двухъ сутокъ умерло двое, отъ 3—5 дней 58, отъ 6 до 10 дней—42 и отъ 11 до 31 дня 10.

Случаи дифтеріи, кончающіеся смертью черезъ 36 часовъ, онъ относитъ къ гипертоксическимъ и приводитъ слѣдующій примѣръ: мальчикъ 11 лѣтъ, сталъ жаловаться на боль при глотаніи утромъ 2-го февраля; наканунѣ онъ былъ совершенно здоровъ и веселъ; вмѣстѣ съ болью горла появился и жаръ, а къ вечеру распухли подчелюстныя железы; утромъ 3 го февраля — мальчикъ поступилъ въ больницу. Очень распухшія и легко кровоточившія миндалины, а также мягкое небо и язычекъ были покрыты толстыми, сѣровато-грязнаго цвѣта бляшками; выдыхаемый воздухъ отличался гангренознымъ запахомъ, изъ ноздрей истекала кровянисто-слизистая жидкость; на лѣвой сторонѣ шеи значительная отечная опухоль подкожной клѣтчатки; въ мочѣ много бѣлка; общіе симптомы состояли въ чрезвычайной прострацiи и безпокойствѣ, едва ощутимомъ пульсѣ при t^{0}—39,4; лицо было блѣдное и одутловатое. Вечеромъ больной умеръ при явленіяхъ полнаго упадка силъ.

Прежде, чѣмъ я перейду къ послѣдовательнымъ болѣзнямъ, я скажу нѣсколько словъ о болѣе рѣдкихъ локализаціяхъ злокачественнаго дифтерита, изъ которыхъ самымъ опаснымъ я считаю распространеніе его на желудокъ.

Дифтеритъ желудка встрѣчается очень рѣдко; припадки, которыми характеризуется это страданіе и которые состоятъ въ безпрерывной тошнотѣ, боли подъ ложечкой, усиливающейся при давленіи, неукротимой рвотѣ слизистой или кровянистой, иногда вонючей, жидкостью, быстромъ упадкѣ силъ, встрѣтились мнѣ въ ясно выраженной формѣ только въ одномъ случаѣ, именно у мальчика 6 лѣтъ въ періодѣ начинавшагося выздоровленія дифтерита средней силы. Steiner встрѣчалъ при вскрытіяхъ дифтеритъ желудка въ трупахъ дѣтей, не представлявшихъ предъ смертью никакихъ желудочныхъ симптомовъ. (Handbuch. 3 Auf., стр. 387).

Гораздо чаще встрѣчается при злокачественномъ дифтеритѣ пораженіе слизистой оболочки *рта* (языкъ, щеки, твердое небо), *половыхъ органовъ и кожи*. Пораженіе дифтеритомъ обнаженныхъ отъ эпидермиса участковъ кожи, напр., экцематозныхъ сыпей, ранъ, гноящейся поверхности послѣ мушки и проч. принадлежитъ къ зауряднымъ явленіямъ; такія мѣста иногда поражаются дифтеритомъ прежде зѣва, но въ литературѣ есть указанія, что иногда дифтеритъ занимаетъ и нормальную, т. е. неповрежденную кожу. Въ такихъ случаяхъ, по описанію Seitz'а (монографія, стр 359) на нѣкоторыхъ мѣстахъ поверхности тѣла появляются красныя, слегка болѣзненныя, пятна, неправильной или кругловатой формы и различной величины. Вскорѣ на срединѣ пятна появляется бѣловатое или желтоватое возвышеніе, напоминающее сначала волдырь крапивной сыпи, а потомъ пузырь при пемфигусѣ. Позднѣе на мѣстѣ волдыря или пузыря образуется корка, а по отпаденіи ея получается язва, края и дно которой выложены дифтеритическимъ эксудатомъ. Seitz приводитъ весьма интересный случай дифтерита кожи у мущины 40 лѣтъ, у котораго первое пятно явилось на лбу на 3-й день дифтерита средней силы; на слѣдующій

день на лѣвомъ локтѣ, еще черезъ день пониже лѣваго соска, т. е. все на такихъ мѣстахъ, что о пролежняхъ не могло быть и рѣчи. Въ этомъ случаѣ интересно также и раннее появленіе дифтерита кожи, тогда какъ большею частью кожа поражается лишь въ позднѣйшемъ періодѣ дифтерита. Характеръ эпидеміи, какъ кажется, значительно вліяетъ на частоту пораженія кожи, потому что извѣстно, что въ нѣкоторыя эпидеміи особенно часто поражались дифтеритомъ пальцы рукъ или ногъ. Дифтеритъ пальцевъ появляется въ различное время отъ начала дифтерита въ зѣвѣ и присоединяется не къ однимъ лишь тяжелымъ случаямъ. Colimani (цитировано у Seitz'a, стр. 365) наблюдалъ эту своеобразную локализацію дифтерита даже за нѣсколько дней до пораженія зѣва. Обыкновенно прежде всего поражалась послѣдняя фаланга большаго пальца той или другой ноги, рѣже какого нибудь пальца на рукѣ. Дѣло начиналось съ красноты и болѣзненной припухлости ногтевой фаланги, а потомъ близь края ногтя показывалась желтоватая, вонючая жидкость и весь ноготь окружался наконецъ изъязвленіемъ, покрытымъ дифтеритическимъ эксудатомъ. Изъ 200 случаевъ дифтерита, наблюдавшихся Colimani, пораженіе пальцевъ встрѣтилось 50 разъ. Kornmüller тоже наблюдалъ дифтеритъ пальцевъ въ самомъ началѣ заболѣванія и иногда даже раньше пораженія зѣва. По его описанію, прежде всего появляется какъ бы ограниченное флегмонозное воспаленіе на томъ или другомъ пальцѣ, которое сопровождается рѣзко выраженными общими явленіями и скоро ведетъ къ образованію абсцесса, по вскрытіи котораго оказывается, что основаніе его выложено сальнымъ налетомъ; дифтеритъ зѣва въ нѣкоторыхъ случаяхъ присоединялся лишь на 14-й день; заживленіе фаланговыхъ язвъ шло очень медленно и кончалось не ранѣе исчезанія дифтерита зѣва.

Мы только что упомянули, что дифтеритъ не всегда начинается съ зѣва, но иногда и съ кожи; помимо того извѣстны случаи первичнаго дифтерита и другихъ слизистыхъ оболочекъ, напр., конъюнктивы (у Hirschberg'a изъ 16 слу-

чаевъ дифтерита вѣкъ, первичный дифтеритъ конъюнктивы встрѣтился 5 разъ) губы, крайней плоти, labia major. и вообще всѣхъ слизистыхъ оболочекъ, доступныхъ воздуху. Изъ всѣхъ этихъ локализацій наибольшій клиническій интересъ представляетъ: *первичный дифтеритъ носа.* Болѣзнь эта преимущественно свойственна груднымъ дѣтямъ, для которыхъ она почти всегда смертельна. Начало болѣзни обозначается сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ и насморкомъ, съ истеченіемъ изъ ноздрей прозрачной, жидкой, слизи, такъ что на первый день легко смѣшать дифтеритъ носа съ обыкновеннымъ катарральнымъ насморкомъ. По Hüttenbrenner'у отличіе въ этомъ періодѣ состоитъ только въ томъ, что первичный дифтеритъ носа, въ противоположность катарру, въ громадномъ большинствѣ случаевъ занимаетъ первоначально *одну сторону* и только черезъ нѣсколько дней переходитъ и на другую. Дифтеритическій или крупозный эксудатъ является сначала въ заднихъ частяхъ носа, а потому въ первые дни не доступенъ для наружнаго осмотра.

Позднѣе діагностика уже легче, потому что при дифтеритѣ носа, въ отличіе отъ катарральнаго насморка, очень скоро значительно припухаютъ лимфатическія железы подъ угломъ нижней челюсти и изъ носа вытекаетъ густая, желтоватая или кровянистая жидкость, обладающая очень ѣдкими свойствами, отчего края ноздрей скоро изъязвляются и образовавшіяся ссадины покрываются дифтеритическимъ эксудатомъ; въ это время (дня черезъ 3 отъ начала болѣзни) и общее состояніе уже сильно страдаетъ: лицо дѣлается блѣднымъ, осунувшимся; больной очень слабъ и сонливъ; лихорадка въ большинствѣ случаевъ остается значительной. При спринцованіи носа или при введеніи въ ноздри корпійной турундочки иногда удается извлечь изъ носа бо̀льшей или меньшей величины крупозныя перепонки. Дифтеритическое воспаленіе слизистой оболочки носа рѣдко остается на мѣстѣ своего первоначальнаго появленія, а распространяется и впередъ, т. е. по направленію къ ноздрямъ и книзу — на глотку, а потому черезъ нѣ-

колько дней послѣ начала насморка обыкновенно удается констатировать присутствіе перепонокъ какъ въ зѣвѣ, такъ и на внутренней поверхности крыльевъ носа и на носовой перегородкѣ. Если больной живетъ еще дольше, то дифтеритъ можетъ распространиться и на гортань, что, впрочемъ, большею частью не случается, такъ какъ больной умираетъ уже раньше при явленіяхъ колляпса, отъ отравленія крови. Это обычный исходъ, потому что первичный дифтеритъ носа болѣзнь чрезвычайно опасная для грудныхъ дѣтей; случаи выздоровленія возможны, но они принадлежатъ къ большимъ рѣдкостямъ.

Послѣдовательныя болѣзни и осложненія.

Внезапная смерть въ теченіе дифтерита или въ періодѣ выздоровленія принадлежатъ къ числу самыхъ непріятныхъ, и, къ сожалѣнію, не особенно рѣдкихъ послѣдствій дифтеріи. У Cadet de Gassicourt изъ 425 случаевъ дифтеріи, съ исходомъ въ выздоровленіе, параличъ сердца наступилъ 15 разъ, въ томъ числѣ 2 раза послѣ доброкачественной формы (изъ 155 случ.), 9 разъ послѣ тяжелаго септическаго дифтерита (изъ 135 случ.) и послѣ крупа съ исходомъ въ выздоровленіе безъ операціи или послѣ трахеотоміи 4 раза (изъ 135 случ.). Изъ этихъ данныхъ видно, что подобный исходъ свойственъ преимущественно лишь тяжелымъ случаямъ. Въ септическихъ случаяхъ дифтеріи, протекающей съ отекомъ шейной клѣтчатки—внезапная смерть нерѣдко наступаетъ уже въ теченіе первыхъ дней болѣзни, при сравнительно хорошемъ состояніи силъ больнаго; непосредственнымъ поводомъ къ такому исходу можетъ служить быстрый переходъ въ вертикальное положеніе или вообще какое-нибудь движеніе больнаго. Чаще внезапная смерть наступаетъ въ періодѣ выздоровленія, когда всѣ мѣстные симптомы дифтерита уже исчезли или исчезаютъ и больной готовится оставить постель, хотя остается еще слабымъ и блѣднымъ. Въ большинствѣ случаевъ параличу сердца предшествуетъ дифтеритическій параличъ мягкаго неба или и другихъ мышцъ;

нерѣдко также непосредственно передъ наступленіемъ сердечной слабости появляется рвота и сильная боль живота. Причиной несчастнаго исхода считается въ настоящее время, согласно анатомо-патологическимъ изслѣдованіямъ Birsch-Hirschfeld'a и Leyden'a, Miocarditis съ исходомъ въ жировое перерожденіе сердца, какъ результатъ вреднаго дѣйствія дифтеритическаго яда на сердечную мышцу. По наблюденіямъ L. этотъ міокардитъ характеризуется межь-мышечнымъ размноженіемъ ядеръ, съ оставленіемъ атрофическихъ гнѣздъ и жировымъ перерожденіемъ мышечныхъ волоконъ. Замѣчательно однако, что при жизни этотъ дифтеритный кардитъ во многихъ случаяхъ не выражается никакими симптомами сердечной слабости: толчекъ сердца остается довольно сильнымъ, пульсъ нормальной частоты и средняго наполненія. Въ подобныхъ случаяхъ результаты вскрытія хотя и даютъ возможность опредѣлить причину смерти паціента, но они рѣшительно недостаточны для объясненія ея *внезапности*, такъ что невольно приходится допустить вмѣстѣ съ Henoch'омъ вляніе еще и другой, чисто нервной причины, именно паралича блуждающаго нерва или сердечныхъ узловъ, что тѣмъ болѣе вѣроятно, что жировое перерожденіе сердца или міокардитъ встрѣчается въ трупахъ внезапно умершихъ дифтеритиковъ далеко не всегда въ одинаковой степени развитія; иногда, напр., сердце уже при макроскопическомъ обслѣдованіи представляется дряблымъ, мышца его желтоватаго цвѣта и ломка, въ другихъ случаяхъ пораженіе сердечной мускулатуры можетъ быть открыто лишь микроскопомъ; наконецъ, встрѣчаются и такіе случаи, когда и микроскопическое изслѣдованіе не даетъ достаточно данныхъ для объясненія внезапнаго прекращенія сердечной дѣятельности.

Не слѣдуетъ думать, что параличъ сердца при дифтеритѣ или послѣ него *всегда* наступаетъ внезапно, напротивъ того во многихъ случаяхъ, особенно у дѣтей старше 5 лѣтъ, симптомы сердечной слабости довольно ясно выступаютъ еще за долго до наступленія смертельнаго исхода; еще больше встрѣчается такихъ случаевъ, когда симптомы, ос-

лабленной дѣятельности сердца при надлежащемъ содержаніи больнаго черезъ нѣсколько дней или недѣль мало-по-малу исчезаютъ, и больной выздоравливаетъ.

Самымъ раннимъ припадкомъ въ такихъ случаяхъ является очень *малый и легко сдавимый пульсъ*, который черезъ нѣсколько часовъ дѣлается очень *частымъ* и *неправильнымъ*. Одновременно съ измѣненіемъ пульса замѣчается увеличеніе сердечной тупости вправо и ослабленіе толчка сердца; тоны остаются чистыми, но слабѣе, чѣмъ въ нормѣ; нерѣдко съ первымъ временемъ при верхушкѣ слышится легкій дующій шумъ. На субъективныя ощущенія со стороны сердца дѣти обыкновенно не жалуются.

Изъ другихъ симптомовъ особеннымъ постоянствомъ отличаются *полная потеря аппетита*, доходящая до отвращенія отъ пищи, далѣе *сонливость* и *апатія*; по Unruh (Jahrb. f. Kinderh. xx B. 1883) никогда также не отсутствуетъ и *альбуминурія* *). По его наблюденіямъ, симптомъ этотъ въ случаяхъ, кончающихся выздоровленіемъ, исчезаетъ раньше, чѣмъ слабость и частота пульса, а потому прекращеніе альбуминуріи имѣетъ весьма благопріятное прогностическое значеніе.

Предохранительное лѣченіе сердечной слабости требуетъ заботъ врача о поддержаніи силъ больнаго съ самаго начала заболѣванія дифтеритомъ, при помощи питательной діэты, вина и желѣза. При наступленіи сердечныхъ симптомовъ лучшимъ средствомъ, кромѣ смѣлыхъ пріемовъ вина, по наблюденіямъ Unruh, является камфора (въ эмульсіи изъ 8 гр. на 3 унціи) и t-ra nervino-ton. Bestusch., но важнѣе всего, конечно, абсолютный покой душевный и тѣлесный.

Дифтеритическіе параличи встрѣчаются не особенно рѣдко, но частота ихъ въ различныхъ эпидеміяхъ не одинакова; изъ 425 случаевъ дифтеріи кончившихся выздоровленіемъ, послѣдовательные параличи въ наблюденіяхъ Cadet de Gassicourt'а (l. c., стр. 340) появились у 101 (23%); по статистикѣ другихъ авторовъ, не исключавшихъ летальныхъ

---

*) Но правило это нуждается еще въ подтвержденіи.

случаевъ, т. е. такихъ, въ которыхъ параличи не успѣвали развиться, процентъ, конечно, меньше, такъ, напр., у Roger 16,6 (36 изъ 210), у Sanné—11 (155 изъ 1382), у Mansord'a—10 (111 изъ 1117), у Seitz только 5 (30 изъ 600); если бы Cadet de Gassicourt не исключилъ изъ своей статистики около 450 смертельныхъ случаевъ, то процентъ для параличей въ его наблюденiяхъ былъ бы только 13.

Дифтеритическiе параличи развиваются какъ послѣ легкихъ, такъ и послѣ тяжелыхъ случаевъ дифтерiи, какъ послѣ случаевъ, протекавшихъ съ альбуминурiей, такъ и *безъ нея.* По этому поводу Cadet de Gassicourt даетъ слѣдующiя статистическiя данныя, относящiяся къ случаямъ дифтерiи съ исходомъ въ выздоровленiе: изъ 155 случаевъ доброкачественной дифтерiи параличъ появился у 28 (18%), т. е. у одного изъ 5,6 заболѣвшихъ; изъ этихъ 28 выздоровѣло 26, а умерло двое. Слѣдовательно, изъ 77 человѣкъ, перенесшихъ легкую форму дифтерiи, одинъ умираетъ отъ послѣдовательныхъ параличей.

Изъ 135 случаевъ тяжелой и токсической дифтерiи параличъ появился у 30 (22%), т. е. у одного изъ 4,5 заболѣвшихъ. Изъ нихъ выздоровѣло 20, умерло 10, слѣдовательно, изъ 13-и, перенесшихъ тяжелую форму дифтерiи, одинъ умираетъ потомъ отъ паралича.

Изъ 135 случаевъ оперированнаго или неоперированнаго крупа параличъ развился у 43 (31%), т. е. у одного изъ трехъ счастливо перенесшихъ крупъ. Изъ нихъ выздоровѣло 35, умерло 8, слѣдовательно, 1 изъ 17-и перенесшихъ крупъ умираетъ потомъ отъ паралича. И такъ, параличъ послѣ легкой формы дифтерiи встрѣчается нѣсколько рѣже, чѣмъ послѣ тяжелой (въ 18% вмѣсто 22%) и притомъ въ первомъ случаѣ онъ гораздо безопаснѣе, такъ какъ большею частью ограничивается только мягкимъ небомъ (въ первой категорiи умираетъ 1 изъ 13-и, а во второй 1 изъ 3-хъ). Послѣ крупа послѣдовательный параличъ встрѣчается чаще, чѣмъ даже послѣ тяжелой дифтерiи (32% вмѣсто 22%), но смертность при немъ меньше (умираетъ 1 изъ 4,5 вмѣсто 1 изъ 3-хъ).

Всего характеристичнѣе для дифтеритическихъ параличей ихъ начало и дальнѣйшее распространеніе. Можно считать за правило, почти не допускающее исключенія, что параличъ послѣ дифтерита *всегда начинается съ мягкаго неба и глотки*, потомъ слѣдуетъ параличъ мышцъ аккомодаціи, за симъ парализуются ноги и наконецъ руки; въ болѣе рѣдкихъ, но за то и въ гораздо болѣе опасныхъ случаяхъ, поражаются мышцы гортани, туловища, мочеваго пузыря, прямой кишки, діафрагмы и лица. Первоначальный параличъ мягкаго неба наблюдается даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда дифтеритъ локализировался не въ зѣвѣ, а, напр., на слизистой оболочкѣ женскихъ половыхъ органовъ, на какой нибудь ранѣ и т. п. Такіе случаи доказываютъ, что дифтеритическій параличъ не можетъ считаться слѣдствіемъ восходящаго неврита (Leyden), распространяющагося съ нервныхъ развѣтвленій воспаленной слизистой оболочки зѣва; вѣроятнѣе, напротивъ, что параличи вызываются дифтеритнымъ ядомъ, циркулирующимъ въ крови и прямо вліяющимъ на центральную нервную систему и на корешки спиннаго мозга.

Boissarie (Gaz. Hebdom. 1881 г., №№ 20 и 21) наблюдалъ даже цѣлую эпидемію дифтеритическихъ параличей, во время которой дифтерія нерѣдко протекала безъ ангины и безъ локализацій на другихъ слизистыхъ оболочкахъ (дифтерія безъ дифтерита) и все-таки развивались параличи, отъ которыхъ больные умирали въ нѣсколько часовъ или дней Въ нѣкоторыхъ случаяхъ перепончатая жаба слѣдовала за параличами, вмѣсто того, чтобы предшествовать имъ и наконецъ рядомъ съ тѣми и другими случаями встрѣчались и обыкновенныя дифтеритическія жабы, протекавшія безъ параличей. Эта интересная эпидемія началась 15-го октября въ одномъ домѣ, не подалеку отъ госпиталя. Прежде всѣхъ заболѣлъ 3-хъ-лѣтній ребенокъ разстройствомъ рѣчи и затрудненнымъ глотаніемъ, вскорѣ появилась одышка и часа черезъ 4 онъ умеръ. Мать его, 24-хъ лѣтъ, заболѣла тѣми же симптомами 17-го и умерла черезъ сутки; 19-го заболѣла 69-и-лѣтняя бабушка и скончалась 25-го. Братъ ма-

тери пріѣхалъ навѣстить ее 16-го и уѣхалъ обратно 21-го въ полномъ здоровьѣ, но на слѣдующій день онъ заболѣлъ и черезъ 5 дней умеръ; наконецъ 25-го заболѣла сестра мужа и умерла 28-го. Такимъ образомъ въ 13 дней умерло при одинаковыхъ симптомахъ 5 человѣкъ. Около того же времени въ госпиталь поступилъ бригадиръ, заболѣвшій только 2 дня тому назадъ яснымъ параличемъ мягкаго неба, а дней черезъ 10 послѣ того у него появилась дифтеритическая жаба съ объемистыми пленками. Съ такимъ же параличемъ явились къ автору швейцаръ госпиталя и 15-илѣтній работникъ. Сначала Boissarie былъ въ полномъ недоумѣніи на счетъ натуры и причины параличей, но когда заболѣлъ дифтеритомъ зѣва бригадиръ, когда у 2-хъ дѣтей изъ сосѣдняго дома появился дифтеритъ зѣва и носа, и оба умерли и когда наконецъ появилось еще нѣсколько случаевъ обыкновеннаго, довольно доброкачественнаго дифтерита, то діагностика выяснилась окончательно. Всякое сомнѣніе на счетъ того, что параличи появлялись во время этой эпидеміи первично, т. е. что пораженіе зѣва не было просмотрѣно, исчезло у автора когда онъ заболѣлъ самъ. 30-го октября вечеромъ онъ почувствовалъ слабость, а на слѣдующій день знобъ и тошноту; послѣ дурно проведенной ночи появился параличъ мягкаго неба — носовой голосъ, затрудненное глотаніе, чувство сжатія въ горлѣ и пр. Моча содержала небольшое количество бѣлка, слабость была такъ велика, что больной едва стоялъ на ногахъ; мышцы аккомодаціи были тоже парализованы. Всѣ эти симптомы исчезли лишь черезъ 2 мѣсяца.

Buhl былъ первый, обратившій вниманіе на измѣненіе центральной нервной системы при дифтеритѣ; онъ находилъ распространенныя геморрагіи въ мягкой мозговой оболочкѣ и въ корковомъ, а отчасти и въ бѣломъ, веществѣ большаго, продолговатаго и спиннаго мозга; далѣе онъ отмѣчаетъ тотъ фактъ, что нерѣдко спинно-мозговые нервы, въ мѣстѣ соединенія переднихъ корешковъ съ задними, были утолщены и окрашены въ темнокрасный цвѣтъ (кровоизліянія), отчасти же находились въ состояніи жел-

таго размягченія. При микроскопическомъ изслѣдованіи этихъ мѣстъ оказалось, что нервная оболочка, также какъ и соединительная ткань внутри нервныхъ стволовъ и нервныхъ узловъ, была въ состояніи воспалительной инфильтраціи. По мнѣнія Buhl'я, въ легкихъ случаяхъ инфильтраты эти прямо всасываются, не вызывая никакихъ послѣдствій, а въ тяжелыхъ они ведутъ къ развитію соединительной ткани, которая, стягиваясь, сдавливаетъ корешки и вызываетъ параличи; впослѣдствіе рубецъ размягчается, и параличъ исчезаетъ. Oertel находилъ въ переднихъ рогахъ спиннаго мозга многочисленныя геморрагіи и обильное размноженіе ядеръ, а въ центральномъ каналѣ спиннаго мозга и въ окружности его — скопленіе клѣточнаго эксудата. Укажемъ еще на наблюденія Déjerine, который, изслѣдовавши спинной мозгъ и передніе нервные корешки на 5-ти трупахъ послѣ смерти отъ дифтерита, убѣдился, что на препаратахъ переднихъ корешковъ замѣчались явственные слѣды воспаленія, окончившагося разрушеніемъ нервовъ: мякотная оболочка обратилась въ распавшуюся массу, не содержащую мякоти; ядра швановой оболочки гипертрофированы, а осевой цилиндръ мѣстами представлялся разбухшимъ. Эти измѣненія наблюдались ясно и въ межмышечныхъ нервныхъ волокнахъ и были выражены тѣмъ явственнѣе, чѣмъ долѣе продолжались параличи. Сѣрое вещество спиннаго мозга подвергалось паренхиматозному и интерстиціальному воспаленію: ядра невргліи были значительно размножены, стѣнки артерій воспалены и многочисленныя гангліозныя клѣтки переднихъ сѣрыхъ столбовъ находились въ состояніи распада; бѣлое же вещество и задніе нервные корешки оказались непораженными. Судя по этимъ наблюденіямъ, разрушеніе переднихъ корешковъ и параличи D. приписываетъ воспаленію переднихъ роговъ, Myelitis anterior (Мед. Обозр. т. III, стр. 227).

Всѣ эти изслѣдованія однако еще не рѣшаютъ вопроса о происхожденіи дифтеритическихъ параличей, такъ какъ не подтверждаются позднѣйшими изслѣдованіями, а потому

можно думать, что центральная нервная система (продолговатый и спинной мозгъ) поражаются при параличахъ не всегда; Meyer, напр., (Virch. Arch. 1881. B. 85) не находилъ въ своихъ случаяхъ явныхъ признаковъ воспаленія ни въ спинномъ, ни въ продолговатомъ мозгѣ, а незначительное перерожденіе ганглiозныхъ элементовъ если и было, то вовсе не соотвѣтствовало значительнымъ измѣненіямъ периферическихъ нервовъ, находившихся въ состояніи ясно выраженнаго паренхиматознаго неврита (при набухлости и разростаніи клѣтокъ швановой оболочки встрѣчались волокна, совершенно лишенныя осевыхъ цилиндровъ и міэлиноваго вещества или содержавшія внутри пустыхъ швановыхъ оболочекъ ряды зернистыхъ шаровъ, отчасти заключавшихъ въ себѣ капельки міэлина); подобныя измѣненія онъ находилъ въ n. phrenicus на всемъ его протяженіи, начиная съ шейной части и кончая мельчайшими развѣтвленіями въ діафрагмѣ, въ n. n. oculomotorius, abducens, palatini poster. и друг.

Въ виду разнорѣчій авторовъ всего естественнѣе принять, какъ это дѣлаетъ и Meyer, что дифтеритическій ядъ способенъ одновременно дѣйствовать на различные отдѣлы нервной системы, т. е. какъ на периферическія, такъ и на центральныя ея части; въ однихъ случаяхъ больше поражается одно, въ другихъ другое.

Вторымъ характеристическимъ свойствомъ дифтеритическихъ параличей является ихъ *постепенное развитіе*, симетрическое распространеніе *и наклонность къ исчезанію* послѣ нѣсколько недѣльнаго существованія; рѣдко случается, чтобъ парезы или полные параличи развивались бы сразу во всей своей силѣ или оставались послѣ дифтерита навсегда. Параличи появляются обыкновенно не непосредственно вслѣдъ за исчезаніемъ мѣстныхъ явленій въ зѣвѣ, а недѣли черезъ 1—2—3, но иногда уже черезъ 5—10 дней отъ начала болѣзни, т. е. еще до исчезанія пленокъ, а въ исключительныхъ случаяхъ, составляющихъ переходъ къ случаямъ Boissarie, даже на 2—3 день (Sanne). Въ случаяхъ, въ которыхъ развиваются параличи, выздоровленіе

бываетъ не полнымъ, такъ какъ больной остается слабымъ, мало ѣстъ, плохо спитъ, а потому бываетъ очень блѣденъ, вялъ и апатиченъ.

Развитіе параличей сопровождается иногда различными неврозами въ сферѣ нервовъ чувствъ, куда относятся различныя анэстезіи (ползаніе мурашекъ, онѣмѣніе членовъ, нечувствительность къ щекотанію, уколамъ, холоду и пр.) гиперэстезіи (повышенная чувствительность къ холоду, шуму, яркому свѣту и при прикосновеніи къ кожѣ) и даже невралгіи; рѣже встрѣчаются судорожныя явленія, въ видѣ икоты, зѣвоты, подергиваній въ разныхъ мышцахъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ наконецъ параличи сопровождаются симптомами пораженія n. vagi, въ видѣ частой рвоты, неправильной дѣятельности сердца, замедленія и слабости пульса.

Симптомы параличей я приведу вкратцѣ, такъ какъ они общеизвѣстны. *При параличѣ мягкаго неба* самымъ непріятнымъ симптомомъ является затрудненное или даже и совсѣмъ невозможное глотаніе, такъ какъ пища и питье попадаютъ въ носъ и въ гортань и заставляютъ больнаго поперхиваться. Для избѣжанія подобной непріятности слѣдуетъ брать въ ротъ по возможности небольшое количество жидкости и проглатывать ее при загнутой назадъ головѣ. Голосъ больнаго дѣлается съ носовымъ оттѣнкомъ (гнусавымъ), попытка задуть свѣчу неудается больному, такъ какъ выдыхаемый воздухъ, находя себѣ свободный выходъ черезъ носъ, не идетъ чрезъ узкую щель между губами. Всѣ эти припадки такъ характерны, что параличъ мягкаго неба можно узнать и безъ осмотра зѣва (неподвижность небной занавѣски при фонаціи). Параличъ этотъ можетъ быть опасенъ въ двухъ отношеніяхъ, во 1-хъ тѣмъ, что, препятствуя глотанію, онъ затрудняетъ питаніе больнаго, такъ что въ отчаянныхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ питательнымъ клистирамъ или къ кормленію черезъ желудочный зондъ; во 2-хъ тѣмъ, что пища или питье, попадая черезъ гортань въ бронхи и легкія, могутъ вызвать опасное воспаленіе послѣднихъ (Schluckpneumonie). Далѣе параличъ

мягкаго неба, сильно затрудняющій отхаркиваніе мокроты, можетъ быть весьма опаснымъ осложненіемъ бронхита съ обильнымъ отдѣляемымъ; но тѣмъ не менѣе смертельный исходъ вслѣдствіе этихъ случайностей при *изолированномъ* параличѣ мягкаго неба встрѣчается крайне рѣдко; обыкновенно выздоровленіе наступаетъ въ теченіе времени отъ 10 до 25 дней; очень рѣдко параличъ исчезаетъ дня въ 4 или затягивается мѣсяца на два.

Къ счастію для больныхъ параличъ мягкаго неба въ громадномъ большинствѣ случаевъ остается изолированнымъ. т. е. не распространяется дальше; параличи другихъ областей появляются приблизительно только въ 15% и притомъ послѣ тяжелыхъ формъ дифтеріи почти вдвое чаще чѣмъ послѣ легкихъ. (У Cadet de Gass. изъ 155 легкихъ случаевъ дифтеріи распространенный параличъ встрѣтился у четырехъ и всѣ они выздоровѣли; изъ 135 случаевъ тяжелой дифтеріи у восьмерыхъ, изъ нихъ умерло 5; изъ 135 сл. крупа—у троихъ: всѣ они умерли).

Параличъ аккомодаціи выражается тѣмъ, что больной теряетъ способность приспособлять свое зрѣніе къ близь лежащимъ предметамъ; онъ или совсѣмъ не можетъ, напр., читать мелкій шрифтъ или скоро устаетъ при этомъ занятіи.

Параличи или *парезы* конечностей начинаются обыкновенно съ ногъ и потомъ распространяются при случаѣ и на руки. Больной начинаетъ жаловаться на слабость въ ногахъ, которая можетъ усилиться до невозможности стоянія, а въ самыхъ тяжкихъ случаяхъ, которыхъ впрочемъ мнѣ ни разу не случилось видѣть, больной совсѣмъ не можетъ двигать ногами даже и при лежачемъ положеніи въ постели.

Подобная же градація паралича замѣчается и въ рукахъ: сначала больной жалуется на слабость и дрожаніе рукъ и на невозможность выполнять мелкую работу, а потомъ дѣло можетъ дойти и до полнаго паралича — руки висятъ, какъ плети. Парализованныя мышцы дряблы, электромускулярная раздражительность ихъ значительно понижена.

Параличъ мышцъ туловища и шеи встрѣчается рѣдко, но имѣетъ весьма дурное прогностическое значеніе, такъ какъ

въ такихъ случаяхъ есть основаніе опасаться паралича дыхательныхъ мышцъ и діафрагмы съ неизбѣжнымъ смертельнымъ исходомъ.

Обыкновенный *исходъ* дифтер. параличей, какъ уже сказано, есть полное выздоровленіе. Возстановленіе мышечной дѣятельности идетъ обыкновенно въ томъ же порядкѣ, въ какомъ развивались параличи; выздоровленіе начинается слѣдов. съ мышцъ зѣва и глотки, но идетъ крайне медленно, такъ что для полнаго возстановленія силъ требуется обыкновенно отъ 2 до 4 мѣсяцевъ и больше. Смертельный исходъ при параличѣ вообще наблюдается приблизительно въ 8 — 10%, но при распространенныхъ параличахъ % смертности доходитъ до 40 и 50. Смерть наступаетъ или отъ паралича дыхателей, или отъ пнеймоніи вслѣдствіе западанія въ бронхи инородныхъ тѣлъ, или отъ истощенія (голодъ) или наконецъ отъ паралича сердца (иногда внезапно).

Альбуминурія при дифтеріи принадлежитъ къ числу довольно обыкновенныхъ явленій, она сопровождаетъ не одни только тяжелые случаи, но иногда и самые легкіе; въ этомъ отношеніи нѣтъ ничего постояннаго: иногда ее нѣтъ даже и при сильной лихорадкѣ, а въ другихъ случаяхъ она появляется вдругъ при нормальныхъ температурахъ. Частота ея появленія находится въ большой зависимости отъ характера эпидеміи, а потому одни встрѣчали ее въ 10% (Monti), тогда какъ другіе въ 66% (Empis и Bouchut). Всего чаще она появляется отъ 3-го до 8 го дня, такъ, напр., изъ 224 случаевъ Sanne — на 1-й день альбуминурія замѣчена въ 3-хъ случаяхъ, на 2-й въ 16-и, на 3-й и до 8-го дня приблизительно по 30 случаевъ, на 11-й въ 10, а послѣ 12-го въ одномъ (Gassicourt l. c. стр. 319). Въ большинствѣ случаевъ бѣлокъ въ мочѣ держится не долго; въ легкихъ случаяхъ 1—3 дня, въ болѣе тяжелыхъ до 10-ти дней, но въ исключительныхъ случаяхъ до 15 и больше. Количество бѣлка въ разныхъ случаяхъ очень не одинаково и колеблется со дня на день даже у одного и того же больнаго. Въ легкихъ случаяхъ реакція съ азотной кислотой даетъ только легкую муть, а въ тяжелыхъ—очень объемистый осадокъ.

Причиной альбуминуріи, считается, согласно изслѣдованіямъ Bouchard'a (Revue de med. 1881) инфектіозный нефритъ, отъ степени котораго зависятъ, какъ количество бѣлка въ мочѣ, такъ и другія свойства мочи. Въ тяжелыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до развитія симптомовъ остраго паренхиматознаго нефрита, характеризующагося значительнымъ уменьшеніемъ количества мочи, богатымъ содержаніемъ въ ней бѣлка, и форменныхъ элементовъ въ видѣ гіалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Нефритъ при дифтеріи отличается отъ скарлатинознаго нефрита тѣмъ, что онъ очень рѣдко сопровождается развитіемъ отековъ и водянки.

Съ этимъ согласны всѣ авторы, но если нѣкоторые авторы какъ, напр., Vogel, утверждаютъ, что послѣ дифтеріи *никогда* не бываетъ водянки почечнаго происхожденія, то это рѣшительно не вѣрно. Trousseau видѣлъ водянку при дифтеритической альбуминуріи у одного изъ 20-ти, Sanne у 1 : 32, Cadet de Gassicourt 12 : 528, т. е. у 1 изъ 44 (l. c., стр. 329).

Мнѣніе Unruh, по которому альбуминурія есть первый, т. е. самый ранній и вѣрный признакъ общаго зараженія организма, такъ какъ она не отсутствуетъ ни въ одномъ случаѣ, въ которомъ на основаніи другихъ припадковъ врачъ въ правѣ предположить наличность общей инфекціи и что слѣдовательно смѣло можно исключить зараженіе крови во всѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ альбуминуріи — рѣшительно невѣрно. Часто случается, что альбуминурія отсутствуетъ въ легкихъ случаяхъ дифтеріи, протекающихъ въ видѣ чисто мѣстной болѣзни, но послѣ которыхъ однако развиваются параличи, свидѣтельствующіе, что ядъ циркулировалъ въ крови и что слѣдовательно общее зараженіе организма все таки было. Несомнѣнно также, что альбуминурія можетъ отсутствовать и въ очень тяжелыхъ случаяхъ дифтеріи, когда на основаніи другихъ симптомовъ, нельзя сомнѣваться на счетъ существованія общей инфекціи; почки остаются иногда здоровыми даже въ смертельныхъ случаяхъ септической дифтеріи, такъ, напр., Cadet de Gassicourt приводитъ

случай дифтеріи у дѣвочки, умершей на 4-й день болѣзни при полномъ отсутствіи альбуминуріи, и, какъ показало вскрытіе, почки ея были совершенно нормальны.

Тяжелые случаи дифтеріи характеризуются вообще появленіемъ многочисленныхъ локализацій: поражается не только слизистая оболочка зѣва, но также и носа и рта, распухаютъ лимфатическія железы, заболѣваютъ почки и сердце, въ періодѣ выздоровленія развиваются параличи, и т. д., но дѣло въ томъ, что всѣ эти локализаціи не обязательны: въ одномъ случаѣ можетъ отсутствовать то, въ другомъ другое и почки въ этомъ отношеніи не составляютъ исключенія. Съ другой стороны однако можно принять за доказанное, что въ тяжелыхъ случаяхъ дифтеріи, почки рѣдко остаются нормальными и что очень часто интензивность альбуминуріи стоитъ въ извѣстномъ отношеніи къ тяжести случая, а потому слѣдуетъ признать, что количество бѣлка въ мочѣ не лишено до нѣкоторой степени прогностическаго значенія, хотя сама по себѣ альбуминурія при дифтеріи нисколько не опасна.

Анемія. Замѣчательно, что довольно рѣзкое малокровіе появляется даже и послѣ легкихъ случаевъ дифтерита, а послѣ тяжелыхъ оно развивается такъ быстро и въ такой сильной степени, что, по справедливому замѣчанію Gerhardt'a, можетъ быть сравниваемо съ анеміями токсическаго происхожденія, такъ какъ для объясненія малокровія не можетъ быть достаточно одной лишь лихорадки; дифтеритическая анемія отличается еще и своимъ упорствомъ, долго не уступающимъ терапіи. Кромѣ блѣдности покрововъ и слизистыхъ оболочекъ, дѣти, страдающія дифтеритической анеміей, постоянно жалуются на полное отсутствіе апетита большую слабость и одышку при ходьбѣ и представляютъ при слабомъ и учащенномъ пульсѣ—адинамическіе шумы въ серцѣ.

Патолого-анатомическія измѣненія.

Въ чемъ состоитъ анатомическая сущность *точечной формы дифтеріи*, было сказано при описаніи ея.

Существенный признакъ *крупозной формы* состоитъ въ образованіи на слизистой оболочкѣ зѣва фибринозной перепонки, состоящей изъ сѣти густо переплетенныхъ нитей фибрина, въ петляхъ которой залегаютъ гнойныя тѣльца и большое количество микрококковъ. Перепонка эта лежитъ на мѣстѣ эпителія, который подвергается некрозу и отпадаетъ; самая ткань слизистой оболочки при этой формѣ дифтерита не пропитывается свертывающимся эксудатомъ, она слѣдовательно не подвергается коагуляціонному некрозу, но находится въ состояніи воспаленія, т. е. она сильно гиперемирована и инфильтрована гнойными тѣльцами. Не смотря на свое поверхностное положеніе, крупозная перепонка все-таки крѣпко пристаетъ къ слизистой оболочкѣ, такъ что насильственное отдѣленіе ея сопровождается нѣкоторымъ кровотеченіемъ (ложный дифтеритъ Weigert'a).

Въ тяжелыхъ случаяхъ дифтеріи, въ особенности при септической формѣ ея, а также послѣ насильственнаго отдиранія пленокъ, дѣло можетъ дойти и до настоящаго дифтеритическаго воспаленія, при которомъ дифтеритическій эксудатъ отлагается не только на поверхности слизистой оболочки, но и въ веществѣ ея; пораженная ткань подвергается т. н. коагуляціонному некрозу и впослѣдствіи, если больной не умретъ раньше, омертвѣлыя части должны отдѣлиться путемъ демаркаціоннаго нагноенія, при чемъ образуется, конечно, язва. Пленки и омертвѣвшая слизистая оболочка подвергаются гніенію и тѣмъ даютъ особенно удобную почву для размноженія микрококковъ, которые проникаютъ не только въ лимфатическіе сосуды и железы, но и въ подслизистую соединительную ткань и мышцы. При такихъ условіяхъ, благодаря отчасти интенсивности процесса разложенія на поверхности слизистой оболочки, отчасти механическому сдавленію сосудовъ, воспаленныя части подвергаются омертвѣнію и расплываются въ мягкую, грязную массу—*гангренозная форма дифтеріи.*

Патолого-анатомическія измѣненія внутреннихъ органовъ при дифтеріи отчасти тѣже, что и при другихъ острыхъ инфекціозныхъ болѣзняхъ, отчасти свойственныя только

дифтеріи. Къ первымъ относятся паренхиматозныя перерожденія почекъ, печени и мускуловъ, но селезенка часто остается нормальной величины и консистенціи, а если иногда и увеличивается въ объемѣ, то лишь въ незначительной степени. Ко вторымъ принадлежатъ геморрагическій нефритъ, пораженіе лимфатическихъ железъ, а также нервной системы и легкихъ. Рѣзкія измѣненія въ легкихъ встрѣчаются преимущественно въ трупахъ дѣтей, умершихъ отъ пораженія гортани (крупозное воспаленіе слизистой оболочки бронховъ; эмфизема верхнихъ частей и переднихъ краевъ легкихъ, при ателектазахъ и гипереміи заднихъ долей; экстравазаты на плеврѣ и перикардіи; разбросанные воспалительные фокусы въ легочной ткани).

О пораженіи нервной системы и сердца было сказано выше.

Діагностика.

Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ дифтеріи діагностика не представляетъ никакихъ затрудненій, другое дѣло въ легкихъ случаяхъ, когда имѣемъ предъ собой т. н. точечный дифтеритъ или легкіе случаи крупозной формы дифтеріи.

Точечная или катарральная форма дифтеріи можетъ быть смѣшана съ различными катарральными ангинами, нерѣдко сопровождающимися образованіемъ бѣловатыхъ или желтоватыхъ точекъ на миндалинахъ и на сосѣднихъ частяхъ мягкаго неба. Роспознаваніе начинающагося дифтерита на первый день болѣзни иногда даже совсѣмъ не возможно особенно у дѣтей, не позволяющихъ тщательнаго осмотра горла; въ такихъ случаяхъ врачу не остается ничего болѣе, какъ отдѣлить подозрительнаго ребенка отъ здоровыхъ на сутки или дня на два и подождать объясненія дѣла. Отдѣленіе больнаго небезполезно уже потому, что наблюденія показали, что въ эпидемическое время дифтеритъ нерѣдко присоединяется къ фолликулярнымъ или герпетическимъ жабамъ (Trousseau).—Болѣзни зѣва и миндалей, которыя могутъ быть смѣшаны съ дифтеріей, раз-

личны: однѣ изъ нихъ симулируютъ точечный дифтеритъ, другія—пленчатый.

Если небольшіе островки дифтерита разбросаны не на миндаляхъ только, но и на дужкахъ мягкаго неба и язычкѣ, то діагностика легка, такъ какъ подобная картина болѣзни можетъ получиться еще лишь при *афтозной ангинѣ*; но афты, характеризующія это страданіе, похожи на дифтеритическіе островки только по цвѣту, отличаются же онѣ тѣмъ, что имѣютъ форму небольшихъ кругловатыхъ *изъязвленій* съ слегка возвышенными и *рѣзко инъецированными краями*, тогда какъ дифтеритическіе островки не углублены, а скорѣе нѣсколько выстоятъ на поверхности слизистой оболочки; далѣе, афты зѣва большей частью легко отличаются отъ дифтеритическихъ тѣмъ, что рѣдко онѣ занимаютъ только зѣвъ, обыкновенно же *разбросаны и по другимъ частямъ слизистой оболочки рта*, въ особенности на языкѣ, деснахъ и губахъ, гдѣ дифтеритъ никогда не является въ точечной формѣ. Если дифтеритъ занимаетъ только миндалины, то діагностика труднѣе, такъ какъ въ этомъ случаѣ, онъ можетъ быть смѣшанъ съ различными формами катарральной жабы.

Angina follicularis. Эта форма жабы характеризуется тѣмъ, что на покраснѣвшей и припухшей миндалевидной железѣ появляются болѣе или менѣе многочисленныя, слегка возвышенныя желтоватыя точки, какъ выраженіе припухшихъ и нагноившихся фолликулъ (угорьки на тонзилляхъ). Сходство съ точечнымъ дифтеритомъ состоитъ въ томъ, что желтыя точки возвышены, онѣ не удаляются кисточкой, часто занимаютъ обѣ стороны, подчелюстныя гланды слегка увеличены, вони изо рта нѣтъ.

Отличіе: 1) *характеръ эпидеміи*: если подобная ангина появляется въ семьѣ, гдѣ есть уже случай несомнѣннаго дифтерита, то скорѣе можно признать ее за дифтеритъ, чѣмъ за простую ангину, которая появляется отъ случайной причины (простуды) и потому поражаетъ только одного изъ многихъ членовъ семьи. 2) *Лихорадочное состояніе*: фолликулярная жаба сопровождается обыкновенно значительной лихорадкой, иногда съ очень бурнымъ началомъ; (знобъ,

рвота; у маленькихъ судороги); такое начало и значительное повышеніе температуры мало свойственны точечному дифтериту, а потому признакъ этотъ сильно говоритъ за катарральную ангину. Наоборотъ, отсутствіе лихорадки, или ничтожное повышеніе температуры (38°—38°, 3) почти исключаетъ фолликулярную жабу и говоритъ въ пользу дифтерита.

3) *Состояніе слизистой оболочки.* При фолликулярной ангинѣ желтыя пятнышки всегда являются на воспаленной слизистой оболочкѣ; при дифтеритѣ очень нерѣдко первыя пятнышки являются на почти нормальной или мало покраснѣвшей слизистой оболочкѣ. 4) *Видъ пятенъ:* пока фолликулярный абсцесикъ не вскрылся, угорекъ имѣетъ коническую форму и можно ясно разглядѣть, что куполъ его покрытъ прозрачной, блестящей, эпителіальной оболочкой, тогда какъ островки дифтерита матоваго блеска и не конической формы, а плоской или полу-шарообразной (если очень малы еще). Когда фолликулъ лопнулъ, то остается язвочка на слизистой оболочкѣ, которой не бываетъ при дифтеритѣ. Въ самыхъ затруднительныхъ случаяхъ, когда приходится отложить рѣшеніе вопроса на сутки, то діагностикѣ помогаетъ отчасти и терапія. Противъ катарральныхъ и фолликулярныхъ ангинъ весьма дѣйствительными средствами является хининъ въ дозѣ столькихъ гранъ, сколько лѣтъ ребенку (Fraenkel) и помазыванье зѣва 10% растворомъ ляписа.

При такомъ лѣченіи фолликулярная ангина на слѣдующій день исчезаетъ, между тѣмъ какъ на теченіе дифтерита терапія эта не оказываетъ замѣтнаго вліянія. Наконецъ сомнѣнія на счетъ дифтерита не можетъ быть въ томъ случаѣ, если онъ переходитъ на язычекъ и мягкое небо, или на заднюю стѣнку глотки. Въ общемъ можно сказать, что *если ангина съ желтыми пятнышками на миндалинахъ является при сильномъ лихорадочномъ состояніи и съ рѣзкой краснотой и припухлостью миндалинъ, то вѣроятно простая ангина, а если почти безъ лихорадки и безъ красноты—то дифтеритъ.*

Другая форма катарральной жабы, симулирующая то-

чечный дифтеритъ, особенно похожая на него вслѣдствіе того, что бѣловато-желтоватыя пятнышки при ней подобно дифтеритическимъ не круглы, а неправильной формы и нѣсколько бо̀льшей величины, чѣмъ при фолликулярной ангинѣ, обусловливается отложеніемъ катарральнаго секрета въ углубленіяхъ слизистой оболочки миндалинъ; такими углубленіями особенно богаты гипертрофированныя тонзилли. Это такъ называемая *лакунарная ангина*. Отличіе: 1) масса катарральнаго секрета довольно легко удаляется кисточкой или при этомъ измѣняется по крайней мѣрѣ форма пятенъ; 2) пятна большей частью бѣлаго цвѣта и особеннаго блеска, а если это секретъ изъ лопнувшихъ фолликуллъ, то являются въ видѣ гноя т. е. бываютъ желтѣе, чѣмъ дифтеритическія пятна.

Для отличія легкаго дифтерита отъ катарральной жабы, Keitz указываетъ между прочимъ, какъ на признаки, говорящіе въ пользу дифтеріи, на припуханіе железъ около угла челюсти, на общую слабость, не соотвѣтствующую незначительному мѣстному пораженію, часто не сопровождающемуся даже лихорадочнымъ состояніемъ, и на появленіе параличей; но эти признаки далеко не постоянны, а параличи если и являются, то очень поздно.

Пленчатую форму дифтерита симулируютъ нѣкоторые случаи *паренхиматозной жабы*, нерѣдко кончающейся нарывомъ, но иногда принимающей исходъ и въ разрѣшеніе. Дѣло начинается съ весьма сильнаго лихорадочнаго состоянія, обыкновенно съ ознобомъ и съ сильной болью въ горлѣ, миндалевидная железа *одной* стороны сильно припухаетъ, слизистая оболочка ея красна и въ серединѣ покрыта бѣлымъ пятномъ какъ бы пленкой, которая не можетъ быть удалена кисточкой; пятно это есть ничто иное, какъ продуктъ гиперсекреціи слизистыхъ железъ (густая слизь смѣшанная съ эпителіемъ), залегающихъ въ слизистой оболочкѣ лакуны миндалевидныхъ железъ. Эта лакуна, имѣющая видъ продолговатаго углубленія, занимающаго центръ миндалины и своимъ длиннымъ діаметромъ расположеннаго

сверху внизъ, встрѣчается почти у каждаго субъекта, имѣющаго не гипертрофированныя миндалины.

Въ силу этого, бѣлое пятно, о которомъ идетъ рѣчь, обладаетъ слѣдующими особенностями, служащими для отличія его отъ дифтеритической бляшки: оно всегда занимаетъ *середину миндалины*, всегда имѣетъ *овальную форму* съ продольнымъ діаметромъ сверху внизъ, *края* его *рѣзко* ограничены, а поверхность лежитъ на уровнѣ слизистой оболочки, рѣдко нѣсколько выстоитъ надъ ней; *цвѣтъ* его въ началѣ *интенсивно бѣлый*, величина пятна въ теченіе нѣсколькихъ дней остается стаціонарной. Напротивъ того, дифтеритическая бляшка сѣроватаго или желтоватаго цвѣта съ неправильно очерченными краями, съ каждымъ днемъ увеличивается и распространяется не только на всю миндалину, но обыкновенно и на другую сторону, а также на мягкое небо и на заднюю стѣнку глотки. Что касается до лихорадки, то при паренхиматозной ангинѣ она часто бываетъ значительнѣе, равно какъ и боль при глотаніи.

Angina herpetica s. herpes pharingis—*лишай глотки* тоже симулируетъ пленчатую форму дифтерита, такъ какъ на миндалинѣ появляется желтоватая бляшка (ссадина), окруженная ярко краснымъ фономъ; эта поверхностная язвочка образуется изъ лопнувшихъ пузырьковъ herpes'a, который высыпаетъ въ зѣвѣ послѣ двухъ, трехдневнаго лихорадочнаго состоянія, по большей части очень сильнаго. Причина болѣзни — простуда. Отличіе отъ дифтерита состоитъ, помимо этіологическаго момента, въ продолжительной и сильной продромальной лихорадкѣ, въ происхожденіи бляшки изъ группы пузырьковъ, въ присутствіи ярко-краснаго ободка вокругъ ссадины (какъ при афтахъ) и нерѣдкомъ сопутствіи лишая глотки herpes'омъ labialis, который однако не исключаетъ дифтеріи.

По Lasàque чрезвычайно характерна для herpes'a глотки сильная головная боль; „я не знаю, говоритъ онъ, ни какой другой болѣзни, при которой головная боль достигала бы такой силы“; по его мнѣнію, если сильная головная боль появляется сразу и сопровождается значительной лихорад-

кой безъ какихъ-либо другихъ симптомовъ, то можно ужъ по одному этому предполагать герпетическую жабу. Болѣзнь кончается выздоровленіемъ въ 3—4 дня.

Если врачъ не засталъ уже пузырьковъ, то онъ легко можетъ ошибиться и принять желтую поверхность ссадины за дифтеритическую бляшку, съ которой она похожа и по цвѣту, и по очертанію. Ошибка въ діагностикѣ можетъ имѣть серьезныя послѣдствія, если легкій дифтеритъ будетъ принятъ за герпетическую жабу, такъ какъ больной останется не изолированнымъ и можетъ заразить окружающихъ злокачественнымъ дифтеритомъ. Жертвой такой ошибки палъ между прочимъ д-ръ Gillette; думая, что онъ заразился отъ герпетической жабы, онъ былъ совершенно покоенъ за благополучный исходъ своей болѣзни, отъ которой между тѣмъ онъ вскорѣ умеръ. По замѣчанію Cadet de Gass. herpes глотки есть самый обильный источникъ ошибокъ, и такъ какъ ихъ не всегда можно избѣгнуть, то онъ совѣтуетъ во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ третировать больнаго какъ дифтеритика, т. е. отдѣлять его и такимъ образомъ избавить себя отъ отвѣтственности въ случаѣ зараженія кого-либо изъ семьи дифтеріей.

Angina fibrinosa. Подъ этимъ именемъ описывается чисто *мѣстная*, *не заразительная* болѣзнь слизистой оболочки зѣва, характеризующаяся образованіемъ крупозныхъ перепонокъ на одной или обѣихъ миндалинахъ. Страданіе это остается мѣстнымъ и въ дальнѣйшемъ своемъ теченіи, а потому оно никогда не осложняется альбуминуріей, не ведетъ къ послѣдовательнымъ параличамъ и не кончается смертью. Angina fibrinosa извѣстна также подъ именемъ спорадическаго дифтерита или крупа зѣва, но, употребляя эти названія, слѣдуетъ имѣть въ виду, что въ *этіологическомъ отношеніи эта болѣзнь не имѣетъ ничего общаго съ дифтеріей*, подобно тому какъ и cholera nostras — съ азіатской холерой. Что крупозный или дифтеритическій эксудатъ въ зѣвѣ или на какой бы то ни было другой слизистой оболочкѣ, можетъ появиться и безъ участія контагія дифтеріи, въ этомъ конечно никто не сомнѣвается, такъ какъ его можно произвести эксперимен-

тально, напр. прижигая слизистую оболочку амміакомъ; но несомнѣнно также, что подобныя ангины развиваются иногда и изъ простуднаго катарра и въ анатомическомъ смыслѣ ничѣмъ не отличаются отъ крупозной формы дифтеріи.

Главнѣйшее отличіе этихъ двухъ ангинъ состоитъ въ ихъ этіологіи, а такъ какъ ближайшая причина (контагій) дифтеріи намъ еще неизвѣстна, то понятно, что точная діагностика фибринозной ангины при постели больнаго представляетъ значительныя затрудненія. По Klebs'у, вопросъ можетъ быть рѣшенъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ перепонокъ: на поверхности крупозной перепонки, взятой отъ больнаго, страдающаго дифтеріей, обязательно присутствіе палочковиднаго грибка — mycrosporon diphtheriticum, покрывающаго всю поверхность перепонки въ видѣ частокола (въ поперечномъ разрѣзѣ перепонки, полочки грибка очень похожи на волоски мерцательнаго эпителія). Чтобъ видѣть эти грибки, нужно изслѣдовать свѣжій кусочекъ перепонки въ смѣси глицерина и уксусной кислоты. Въ толщѣ перепонки, въ особенности въ ея поверхностныхъ слояхъ, при дифтеріи встрѣчаются еще кучки тѣсно сплоченныхъ мелкозернистыхъ микрококковъ; ни тѣхъ, ни другихъ грибковъ не бываетъ при angina fibrinosa, но за то въ большомъ количествѣ встрѣчаются шары, состоящіе изъ болѣе крупныхъ микрококковъ, относящихся къ группѣ монадинъ. Но такъ какъ, по наблюденіямъ Klebs'а, подобнаго рода ангины заразительны и способны распространяться по поверхности и переходить на гортань, то является сомнѣніе: не имѣлъ-ли онъ дѣла съ случаями легкой формы дифтеріи, безъ значительнаго пораженія лимфатическихъ железъ и почекъ.

На основаніи клиническихъ симптомовъ, можно указать на слѣдующія діагностическія точки опоры: можно *исключить фибринозную ангину*, если въ данной семьѣ уже есть другіе случаи дифтеріи, если болѣзнь началась и протекаетъ безъ лихорадки или съ незначительнымъ повышеніемъ температуры, если эксудатъ распространяется по поверхности и переходитъ за границы тонзиллъ, напр., на мягкое

небо и на язычекъ, и въ особенности если поражается слизистая оболочка носа, если сильно припухаютъ шейныя лимфатическія железы или появляется альбуминурія, если въ періодѣ выздоровленія развиваются дифтеритическіе параличи и наконецъ если болѣзнь кончается смертельнымъ исходомъ.

Предположить фибринозную ангину можно въ томъ случаѣ, если при отсутствіи всѣхъ вышеприведенныхъ моментовъ, болѣзнь появилась послѣ явной простуды или въ мѣстности совершенно свободной отъ дифтеріи, если перепонки бѣлаго цвѣта и не плотно пристаютъ къ слизистой оболочкѣ, если болѣзнь началась въ видѣ сильной катарральной ангины, т. е. значительной лихорадкой при интенсивной краснотѣ зѣва и очень болѣзненномъ глотаніи и если отъ больнаго никто не заразился. (По Henoch'у, фибринозная ангина обыкновенно бываетъ односторонней и часто ведетъ къ образованію тонзилярнаго абсцесса; но спрашивается: не имѣлъ-ли онъ въ виду простую anginam parenchimatosam, при которой тоже, какъ мы видѣли, на миндалинѣ появляется бѣлый эксудатъ).

Врачи, діагностицирующіе дифтерію только по присутствію въ зѣвѣ эксудата, признаютъ весьма частое совпаденіе ея съ скарлатиной, а потому я нахожу умѣстнымъ коснуться здѣсь вопроса о тождествѣ обыкновеннаго дифтерита съ скарлатинознымъ. Извѣстно, что мнѣнія авторовъ по этому поводу діаметрально противоположны другъ другу, такъ какъ одни принимаютъ ихъ полное тождество, а другіе отрицаютъ его. Въ послѣднее время уже многіе склоняются на сторону послѣдняго мнѣнія и признаютъ вмѣстѣ съ Henoch'омъ и Demme полную самостоятельность скарлатинознаго дифтерита.

Прежде всего надо замѣтить, что вопросъ идетъ вовсе *не объ анатомо-патологическомъ различіи* или тождествѣ этихъ двухъ жабъ, такъ какъ макро — и микроскопическія измѣненія слизистой оболочки не могутъ представлять существенныхъ различій, разъ дѣло идетъ о дифтеритическомъ воспаленіи; суть-то вся въ томъ, что отъ какой бы причины

ни произошло дифтеритическое воспаленіе, оно всегда будетъ тождественно съ дифтеритическимъ воспаленіемъ вызваннымъ какой либо другой причиной. Припомнимъ напр. экспериментальный дифтеритъ Heubner'а, который вызывалъ его на слизистой оболочкѣ мочеваго пузыря посредствомъ двухъ—трехъ часовой перевязки артерій, идущихъ ко дну пузыря у кроликовъ. Дифтеритическое воспаленіе развивалось въ его опытахъ въ самой типической формѣ и при томъ безъ малѣйшаго участія какихъ бы то ни было микроорганизмовъ. Слѣдовательно, анатомическое тождество скарлатинознаго дифтерита съ обыкновеннымъ если и существуетъ, то оно еще ровно ничего не доказываетъ, такъ какъ вопросъ идетъ во первыхъ и главнымъ образомъ объ *этіологическомъ* различіи и во 2-хъ о клиническомъ теченіи этихъ двухъ дифтеритовъ зѣва.

Съ этіологической точки зрѣнія вопросъ сводится къ тому, способенъ ли скарлатинозный контагій вызывать у больныхъ дифтеритическое воспаленіе слизистой оболочки зѣва, похожее на то, что вызывается ядомъ дифтеріи?

По моему мнѣнію, вопросъ этотъ рѣшается очень просто и безаппеляціонно путемъ наблюденія скарлатинозныхъ эпидемій въ мѣстностяхъ совершенно свободныхъ отъ дифтеріи. Подобныя эпидеміи несомнѣнно доказываютъ, что контагій скарлатины способенъ вызывать воспаленіе слизистой оболочки зѣва въ самой разнообразной степени, начиная отъ легкаго катарра и кончая самыми тяжелыми формами дифтеритическаго воспаленія, съ некрозомъ слизистой оболочки и послѣдовательнымъ образованіемъ язвъ, заживающихъ рубцевой тканью. Далѣе такія эпидеміи доказываютъ, что между самыми легкими и самыми тяжелыми скарлатинозными ангинами существуютъ всевозможныя переходныя формы, такъ что рѣшительно нельзя рѣшить, гдѣ кончается простая скарлатинозная жаба и гдѣ начинается дифтеритическая. Въ 1869—70 годахъ, когда я служилъ въ Саранскомъ земствѣ, во всей пензенской губ. не было и помина о дифтеріи, а между тѣмъ я былъ свидѣтелемъ нѣсколькихъ тяжелыхъ эпидемій скарлатины и вдоволь насмотрѣлся, какъ

умираютъ крестьянскія дѣти (а нерѣдко и взрослые) отъ тяжелаго дифтеритическаго воспаленія въ зѣвѣ, развивавшагося подъ вліяніемъ скарлатины. Нѣчто подобное, но только въ миніатюрѣ, приходится наблюдать и въ отдѣльныхъ семьяхъ; какъ часто случается, въ домовыхъ эпидеміяхъ, что у одного ребенка появляется катарральная ангина, у другаго фолликулярная, у 3-го дифтеритическая; но вотъ что замѣчательно: всѣ эти дѣти остаются вмѣстѣ, а между тѣмъ тѣ, у которыхъ скарлатина протекаетъ въ легкой формѣ, никогда не заражаются дифтеритомъ отъ своихъ братьевъ и сестеръ, чего конечно не могло бы быть, если-бъ у послѣднихъ былъ не скарлатинозный дифтеритъ, а скарлатина, осложненная дифтеріей, потому что скарлатина (легкая или тяжелая все равно) предохраняетъ только отъ скарлатины, но не отъ дифтеріи; и на оборотъ: дифтерія на нѣкоторое время предохраняетъ субъекта отъ дифтеріи, но не застраховываетъ отъ скарлатины. Въ этомъ отношеніи весьма поучительные случаи приходится наблюдать въ дѣтскихъ больницахъ, въ которыхъ скарлатинозные больные не изолируются отъ больныхъ дифтеріей; относящіеся сюда случаи можно найти напр. въ руководствѣ Henoch'a (стр. 570) и въ Медицин. Обозр. т. XIX. 1883, стр. 366.

И такъ, въ виду того, что скарлатина очень часто сопровождается настоящимъ дифтеритическимъ воспаленіемъ слизистой оболочки зѣва и при томъ даже *въ такихъ мѣстностяхъ, гдѣ вовсе нѣтъ случаевъ дифтеріи*, мы должны признать за доказанное, что подобныя жабы могутъ быть произведены самимъ скарлатинознымъ ядомъ, безъ одновременнаго вліянія яда дифтеріи. Выводъ этотъ подкрѣпляется еще и тѣмъ фактомъ, что скарлатинозный дифтеритъ не передается дѣтямъ, перенесшимъ скарлатину, но заражаетъ скарлатиной дѣтей, только что выздоровѣвшихъ отъ дифтеріи.

Для тѣхъ врачей, которые отрицаютъ способность скарлатинознаго яда вызывать дифтеритическое воспаленіе слизистой оболочки зѣва, очень трудно объяснить столь частое совпаденіе одновременнаго зараженія больныхъ двумя

ядами—скарлатины и дифтеріи. Однако всѣ вышеприведенные факты оказываются не достаточно сильными, чтобъ убѣдить скептиковъ, а потому и до сихъ поръ еще многіе утверждаютъ, что скарлатинозный дифтеритъ совершенно идентиченъ съ обыкновеннымъ и что происходитъ онъ отъ осложненія скарлатины дифтеріей. Посмотримъ же, на основаніи какихъ фактовъ сложилось это мнѣніе. Сторонники этого взгляда указываютъ во 1-хъ на тождество патолого-анатомическихъ измѣненій при скарлатинозномъ и при обыкновенномъ дифтеритѣ. Но мы уже говорили о томъ, что этіологическій вопросъ этимъ нисколько не разрѣшается, такъ какъ „не все то дифтерія, гдѣ есть дифтеритъ". Во 2-хъ они указываютъ на тѣ рѣдкіе случаи, когда въ извѣстной семьѣ, при существованіи скарлатины съ дифтеритическимъ воспаленіемъ зѣва, кто-либо изъ членовъ получаетъ только дифтеритъ безъ скарлатинозной сыпи. Отсюда заключаютъ, что изъ двухъ ядовъ данный больной былъ воспріимчивъ только къ одному, а потому и получилъ одну лишь дифтерію, а не скарлатину. Такіе случаи несомнѣнно встрѣчаются, но они допускаютъ и иное толкованіе. Дѣло въ томъ, что въ скарлатинозныхъ домахъ нѣкоторые члены семьи (даже и взрослые, уже имѣвшіе скарлатину) очень часто получаютъ легкую ангину безъ всякой сыпи; у другихъ катарральная ангина комбинируется съ едва замѣтной скарлатинной сыпью, занимающей нѣкоторыя излюбленныя мѣста, каковы напр. паха, лобокъ, ягодицы и подмышки; чтобъ найти подобную сыпь, надо искать ее, а не довольствоваться бѣглымъ осмотромъ груди и спины. Эти то случаи съ слабо выраженною сыпью составляютъ переходъ къ случаямъ скарлатины безъ сыпи, къ числу которыхъ должны быть отнесены и вышеупомянутые случаи скарлатинознаго дифтерита безъ сыпи. Справедливость только что сказаннаго доказывается тѣмъ, что ребенокъ, перенесшій въ скарлатинозномъ домѣ простую или дифтеритическую жабу безъ сыпи, остается застрахованнымъ отъ скарлатины и въ свою очередь не заражаетъ дифтеритомъ тѣхъ, которые уже имѣли скарлатину, хотя бы и очень легкую.

Второе доказательство, приводимое на пользу идентичности скарлатинознаго дифтерита съ обыкновеннымъ, имѣло бы силу лишь въ томъ случаѣ, еслибъ было доказано, что тяжелая форма скарлатины (скарлатинозный дифтеритъ безъ сыпи почти всегда протекаетъ въ видѣ тяжелаго заболѣванія) не бываетъ безъ сыпи; но этого никто конечно не доказалъ, а между тѣмъ извѣстно, что чѣмъ тяжелѣе скарлатинозная ангина, тѣмъ сравнительно слабѣе бываетъ выражена сыпь, такъ что напр. Демме предлагаетъ даже лѣчить подобныя формы злокачественной скарлатины подкожными инъекціями пилокарпина съ цѣлью вызвать приливъ крови къ кожѣ, и такимъ образомъ способствовать болѣе обильному появленію сыпи. Hüttenbrenner въ своемъ руководствѣ (стр. 481) съ особеннымъ удареніемъ указываетъ на то, что при тяжелыхъ скарлатинозныхъ ангинахъ сыпь вообще держится не долго и потому часто просматривается.

Вотъ соображенія, на основаніи которыхъ можно утверждать, что появленіе дифтерита зѣва безъ сыпи въ скарлатинозныхъ семьяхъ не имѣетъ доказательной силы въ пользу идентичности дифтеритнаго яда.

Вообще говоря, съ этимъ вопросомъ повторяется то же самое, что было съ самостоятельностью вѣтренной оспы: въ то время, когда ученые спорили о томъ, идентичны-ли яды varicellae и variolae, практическіе врачи какъ бы инстинктивно признавали самостоятельность вѣтренной оспы и потому не боялись оставлять варицеллезныхъ больныхъ среди ихъ братьевъ и сестеръ; такъ и тутъ: пока мы споримъ о томъ, не имѣетъ-ли скарлатина особой склонности осложняться дифтеріей, практически вопросъ этотъ уже давно рѣшенъ въ отрицательномъ смыслѣ, такъ какъ врачу и въ голову не приходитъ надобность разъединять скарлатинозныхъ больныхъ только потому, что у одного изъ нихъ горло болитъ поменьше, а у другихъ посильнѣе; что у однихъ на миндалинахъ желтыя точки, а у другихъ бляшки.

Если мы обратимся къ клиническимъ даннымъ, то и здѣсь найдемъ довольно вѣскія доказательства въ пользу дуали-

стическаго воззрѣнія. Наблюденія показываютъ именно, что скарлатинозный дифтеритъ отличается отъ обыкновеннаго какъ по теченію, такъ и по послѣдствіямъ и по сопутствующимъ явленіямъ.

Всякій, кто видалъ много случаевъ эпидемическаго и скарлатинознаго дифтерита, долженъ согласиться, что послѣдній имѣетъ особую наклонность распространяться на слизистую оболочку носа и на уши, но щадитъ гортань (по выраженію Trousseau: скарлатинозная жаба не любитъ гортани); тогда какъ обыкновенный дифтеритъ на оборотъ чаще идетъ книзу и является въ видѣ крупа и только рѣдко, именно въ тяжелыхъ случаяхъ, занимаетъ и носъ и тогда почти всегда смертеленъ (такъ что Trousseau даже училъ, что пораженіе носа при дифтеритѣ опаснѣе, чѣмъ пораженіе гортани), между тѣмъ какъ скарлатина при такой локализаціи очень часто кончается выздоровленіемъ; это не особенная рѣдкость даже и для грудныхъ дѣтей.

Опухоль лимфатическихъ железъ шеи при дифтеріи почти никогда не кончается нагноеніемъ, а при скарлатинѣ такой исходъ есть явленіе обычное. Въ тяжелыхъ случаяхъ дифтеріи часто появляется отекъ шейной клѣтчатки, а при скарлатинѣ напротивъ плотная воспалительная инфильтрація. Скарлатинозный дифтеритъ никогда не ведетъ къ послѣдовательнымъ параличамъ, столь обыкновеннымъ при дифтеріи.

Интересно еще и то, что скарлатинозный дифтеритъ тѣсно связанъ съ извѣстнымъ періодомъ болѣзни, въ громадномъ большинствѣ случаевъ наступаетъ именно на 3—5 день. Еслибъ скарлатинозный дифтеритъ обусловливался случайнымъ зараженіемъ субъекта ядомъ дифтеріи, а не былъ бы тѣснѣйшимъ образомъ связанъ съ общимъ скарлатинознымъ процессомъ, то было бы въ высшей степени странно, почему это зараженіе всегда проявляется такъ рано; гораздо вѣроятнѣе напротивъ, что скарлатинозный дифтеритъ есть ничто иное, какъ высшая степень обыкновенной скарлатинозной жабы и указываетъ на тяжелый характеръ заболѣванія.

Наконецъ, еслибъ скарлатинозный дифтеритъ зависѣлъ отъ дифтеріи, то никогда нельзя бы предсказать, присоединится-ли онъ въ данномъ случаѣ, а между тѣмъ въ дѣйствительности можно почти безъ ошибки предвидѣть это осложненіе, именно во всѣхъ случаяхъ тяжелой скарлатины, протекающей съ перваго дня съ сухимъ языкомъ и съ рѣзковыраженнымъ бредомъ.

Въ больницахъ, гдѣ скарлатинные больные помѣщаются вмѣстѣ съ случаями дифтеріи, тамъ возможно, конечно, осложненіе скарлатины настоящей дифтеріей и на оборотъ, и въ такомъ случаѣ теченіе дифтерита, конечно, ничѣмъ не будетъ отличаться отъ обыкновеннаго, т. е. онъ можетъ распространиться на гортань, можетъ вызвать послѣдовательные параличи и т. д. Въ частной практикѣ однако случаи одновременнаго зараженія ребенка двумя ядами инфекціонныхъ болѣзней (оспы и кори, скарлатины и дифтеріи и т. п.) принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ, такъ что при діагностикѣ скарлатинознаго дифтерита могутъ быть не принимаемы во вниманіе. По наблюденіямъ Trousseau, дифтерія, осложняющая скарлатину, присоединяется къ ней не на 3—5 день, какъ скарлатинозный дифтеритъ, а на 8—9 день и позднѣе.

Полноты ради упомяну еще и о томъ, что въ литературѣ есть указанія и на анотомо-гистологическую разницу скарлатинознаго дифтерита отъ простаго: обыкновенный дифтеритъ, по изслѣдованіямъ Weigert'а и Heubner'а (Jarhb. f, Kindr. XIV. B. I. 1879) въ гистологическомъ отношеніи относится къ категоріи такъ наз. ложнаго дифтерита, потому что пленки при немъ хотя сидятъ и плотно, но тѣмъ не менѣе свертывающійся эксудатъ не пропитываетъ вещества слизистой оболочки, а лежитъ на поверхности ея; при скарлатинѣ, напротивъ, сравнительно чаще встрѣчается настоящее дифтеритическое воспаленіе, съ некрозомъ слизистой оболочки. Макроскопическое отличіе, по Heubner'у, состоитъ въ томъ, что при дифтеріи пленки толще и легче снимаются, при скарлатинѣ-же тоньше и могутъ быть отдѣлены только мелкими клочками. Разница, какъ видите,

не существенная, и на основаніи только этихъ признаковъ, конечно, нельзя бы было отдѣлять скарлатиннаго дифтерита отъ дифтеріи.

Итакъ, по вопросу объ отношеніи скарлатинознаго дифтерита къ дифтеріи мы приходимъ къ тому выводу, что хотя скарлатинозный больной и можетъ заразиться ядомъ дифтеріи, подобно тому, какъ бываетъ это и съ совершенно здоровыми людьми, но это исключеніе; въ громадномъ-же большинствѣ случаевъ *скарлатинозный дифтеритъ по своему происхожденію* (по контагію) *не имѣетъ ровно ничего общаго съ обыкновенной дифтеріей.* Выводъ этотъ основывается главнымъ образомъ на этіологіи, отчасти и на клиническихъ данныхъ, но менѣе всего на анатомо-патологическихъ.

Чтобъ покончить съ діагностикой, намъ остается сказать еще объ *отличіи дифтеріи гортани отъ идіопатическаго или простуднаго крупа.* Анатомическая картина болѣзни со стороны гортани въ обоихъ случаяхъ совершенно одинакова, такъ какъ и здѣсь и тамъ дѣло идетъ о крупозномъ воспаленіи слизистой оболочки; разница лишь въ томъ, что въ одномъ случаѣ причина этого воспаленія намъ не извѣстна (простуда) а въ другомъ она сводится на вліяніе контагія дифтеріи. Слѣдовательно, точная *діагностика возможна* въ томъ случаѣ, *если* или *извѣстна причина заболѣванія* даннаго случая (заразился), или *если явленія крупа сопровождаются симптомами ясно выраженной дифтеріи.* Къ числу такихъ симптомовъ относятся напр., альбуминурія, значительная опухоль шейныхъ железъ, дифтеритъ слизистой оболочки носа и присутствіе эксудата въ зѣвѣ. Если всѣ или хотя бы только нѣкоторые изъ этихъ симптомовъ на лицо, то діагностика въ пользу дифтеріи гортани не трудна, ибо простудный крупъ, подобно фибринозной жабѣ, болѣзнь чисто мѣстная и потому не сопровождается вышеприведенными симптомами. Но если этихъ послѣднихъ нѣтъ, а этіологія неизвѣстна (въ домѣ нѣтъ дифтеритныхъ больныхъ), то точная діагностика невозможна, такъ такъ несомнѣнно, что дифтерія можетъ локализоваться въ гортани, минуя зѣвъ, и въ такомъ случаѣ протекаетъ подобно спорадическому

крупу безъ опухоли железъ и безъ альбуминуріи, а потому при крупозномъ воспаленіи гортани никогда нельзя быть увѣреннымъ, что имѣешь дѣло съ спорадическимъ, т. е. *не заразительнымъ* крупомъ и слѣдовательно подобныхъ больныхъ всегда слѣдуетъ изолировать какъ бы заразительныхъ. Діагносцировать спорадическій крупъ я лично рѣшился бы только при явной простудѣ ребенка, живущаго въ мѣстности совершенно свободной отъ дифтеріи; но гдѣ въ наше время найти такую мѣстность?

Если дифтерія, минуя зѣвъ, локализуется прямо въ гортани (первичная дифтерія гортани нѣкоторыми отрицается, напр. Henoch'омъ l. c. стр. 620, но по моему мнѣнію не основательно); то можетъ быть смѣшана не только съ идіопатическимъ крупомъ, но и съ простымъ катарромъ гортани т. е. съ такъ наз. ложнымъ крупомъ. При неизвѣстности этіологическаго момента, діагностика основывается отчасти на симптомахъ, отчасти на теченіи. (У дѣтей, допускающихъ ляринготкопированіе, діагностика, конечно, также легка, какъ и у взрослыхъ). Самымъ важнымъ симптомомъ истиннаго крупа (подразумѣвая подъ этимъ именемъ какъ идіопатическій такъ и эпидемическій крупъ или дифтеритъ гортани) являются: 1) *отхаркиваніе ложныхъ перепонокъ*. При существованіи этого признака никакихъ колебаній въ діагностикѣ быть уже не можетъ, но къ сожалѣнію отсутствіе его нисколько не говоритъ противъ крупознаго воспаленія слизистой оболочки гортани, такъ какъ далеко не каждый больной отхаркиваетъ перепонки. 2) *Стенозъ гортани*. Слѣдуетъ имѣть въ виду, что *степень съуженія* просвѣта гортани сама по себѣ еще ничего не доказываетъ, такъ какъ очень значительный стенозъ встрѣчается и при ложномъ крупѣ, гораздо важнѣе *продолжительность* и *способъ его развитія*. При ложномъ крупѣ стенозъ гортани развивается быстро, но держится не долго, всего лишь нѣсколько часовъ; при истинномъ крупѣ развитіе стеноза идетъ постепенно и прогрессивно, а потому разъ развившись, онъ остается ужъ до самой смерти или до наступленія періода выздоровленія; *если черезъ сутки припадки стеноза не только не исче-*

заютъ, но даже усиливаются, то по всей вѣроятности это истинный крупъ. 3) Наблюденія показываютъ, что при ложномъ крупѣ встрѣчается несоотвѣтствіе между силой стеноза и хрипотой голоса и кашля т. е при немъ можетъ быть напр. лающій кашель при свободномъ дыханіи и довольно чистомъ голосѣ (когда при нормальныхъ голосовыхъ связкахъ есть сильная опухоль субхордальной слизистой оболочки— Rauchfuss, Dehio) или хриплый голосъ до степени афоніи при звучномъ кашлѣ и т. п.; при истинномъ крупѣ напротивъ всѣ эти припадки бываютъ выражены пропорціонально другъ къ другу, такъ что если дѣло дошло до рѣзко выраженнаго стеноза гортани, то при этомъ и голосъ будетъ афоническій и кашель лающій. 4) *Кашель* при истинномъ крупѣ въ большинствѣ случаевъ сначала рѣдкій и не хриплый, потомъ становится чаще, сильнѣе (пароксизмами) и хриплѣе; наоборотъ при катаррѣ гортани, онъ сразу принимаетъ хриплый, лающій характеръ и бываетъ очень частъ, а черезъ нѣсколько часовъ катарръ разрѣшается и кашель дѣлается рѣже и рыхлѣе. 5) *Припадки задушенія* при истинномъ крупѣ являются въ періодѣ полнаго развитія болѣзни, а при ложномъ—съ самаго начала напр. въ первую же ночь. 6) *Боль при давленіи на область гортани* бываетъ сильнѣе выражена при истинномъ крупѣ. 7) *Ціанозъ* и *общая анестезія* (отравленіе крови CO_2) встрѣчается только при истинномъ крупѣ. 8) *Анамнезъ*: ложный крупъ чрезвычайно склоненъ къ возвратамъ, а настоящій не повторяется почти никогда.

Въ продромальномъ періодѣ можетъ имѣть діагностическое значеніе насморкъ, присутствіе котораго говоритъ въ пользу ложнаго крупа (конечно, если только насморкъ этотъ не дифтеритическій).

Предсказаніе.

Какой бы легкой формой дифтерита ни заболѣлъ ребенокъ, никогда нельзя быть покойнымъ за благополучный исходъ болѣзни, такъ какъ никто не поручится за то, что легкій

дифтеритъ не распространится на гортань и не сдѣлается смертельнымъ. Въ этомъ отношеніи предсказаніе тѣмъ сомнительнѣе, чѣмъ моложе ребенокъ. Вообще слѣдуетъ сообразоваться съ характеромъ эпидеміи данной мѣстности или дома; большею частью бываетъ такъ, что тяжелый дифтеритъ передается въ тяжелой формѣ, а легкій — въ легкой. При одинаковой интенсивности болѣзни предсказаніе тѣмъ хуже, чѣмъ моложе ребенокъ, но общее состояніе питанія организма не имѣетъ такого значенія, хотя вообще и считается, что слабыя дѣти труднѣе переносятъ дифтеритъ, чѣмъ крѣпкія.

На основаніи офиціальныхъ источниковъ Monti даетъ слѣдующую таблицу болѣзненности и смертности отъ дифтеріи въ Вѣнѣ за 1879, 80 и 81 года:

	Заболѣло.	Умерло.	% смерт.
На 1-мъ году жизни	154	88	57
Отъ 1 до 5 лѣтъ	2239	1067	43
„ 5 „ 10 „	1370	332	24
„ 10 „ 20 „	458	38	8
Старше 20 лѣтъ	457	14	3

Изъ отдѣльныхъ симптомовъ особенно дурное прогностическое значеніе имѣютъ дифтеритическій насморкъ, пораженіе гортани и отечная опухоль шейной клѣтчатки, хотя бы и безъ большой припухлости лимфатическихъ железъ.

О прогностическомъ значеніи такого *отека* въ руководствахъ ничего не говорится, а между тѣмъ значеніе его не только безусловно смертельное, но даже больше того,—по моимъ наблюденіямъ, онъ указываетъ на близкую смерть; если отекъ шейной клѣтчатки выраженъ рѣзко а опухоль железъ не замѣтна, то смерть въ громадномъ большинствѣ случаевъ наступаетъ въ теченіе 24 часовъ и никакъ не позднѣе двухъ сутокъ. Замѣчательно, что на скорый смертельный исходъ можно расчитывать даже и при хорошемъ состояніи силъ больнаго.

Дифтеритическій насморкъ, не опасный самъ по себѣ, пользуется дурнымъ прогностическимъ значеніемъ потому, что

служитъ выраженіемъ септической формы дифтерита. Trousseau считаетъ пораженіе носа за болѣе дурной признакъ, чѣмъ даже дифтеритъ гортани, потому что при насморкѣ онъ потерялъ изъ 20 человѣкъ 19, а при крупѣ $^1/_3$.

Наоборотъ *дифтеритъ гортани* хотя и развивается обыкновенно при несептическомъ дифтеритѣ, тѣмъ не менѣе очень опасенъ самъ по себѣ, и тѣмъ опаснѣе, чѣмъ моложе ребенокъ. Предсказаніе сравнительно лучше при локализированномъ крупѣ безъ крупа зѣва, такъ какъ сюда относятся всѣ спорадическіе случаи; предсказаніе зависитъ также отъ періода болѣзни: если дѣло дошло до анэстезіи, то безъ трахеотоміи выздоровленіе едва ли возможно. Чѣмъ дольше тянулся этотъ періодъ, тѣмъ хуже предсказаніе даже при операціи, потому что успѣваетъ развиться значительное разстройство кровеобращенія въ легкихъ (эмфизема переднихъ и верхнихъ частей и гиперемія нижнихъ и заднихъ). Благопріятными симптомами при дифтеритѣ гортани считаются: рыхлый кашель, паденіе температуры до нормы, уменьшеніе стеноза и появленіе влажныхъ хриповъ въ бронхахъ.

Если при дифтеритѣ гортани произведена трахеотомія, то предсказаніе зависитъ главнымъ образомъ отъ того, появился ли крупозный бронхитъ или нѣтъ. При діагностикѣ этого страданія руководствуются: 1) числомъ и качествомъ дыханія, 2) присутствіемъ или отсутствіемъ ціаноза, 3) качествомъ мокроты, 4) физикальными явленіями со стороны легкихъ и 5) ходомъ температуры.

Дыханіе. Если крупъ занимаетъ только гортань, то непосредственно послѣ операціи дыханіе замедляется (если оно было учащено, вслѣдствіе начала асфиксіи) и падаетъ почти до нормы, въ случаѣ же осложненія крупознымъ бронхитомъ замедленіе дыханія бываетъ едва замѣтнымъ и очень скоро доходитъ до прежней высоты.

Такъ какъ крупозное воспаленіе распространяется вообще очень быстро, то на благопріятный исходъ операціи можно надѣяться въ томъ случаѣ, если нормальная частота дыханія продержится хоть двое сутокъ послѣ операціи; если

же частота дыханія послѣ операціи не уменьшится и если вдыханіе остается затрудненнымъ (втягиванье уступчивыхъ мѣстъ грудной клѣтки), то это указываетъ на пораженіе мелкихъ бронховъ и тогда надо ждать наступленія смертельнаго исхода черезъ нѣсколько часовъ. То же значеніе имѣетъ и значительное учащеніе дыханія, если оно появляется въ теченіе однѣхъ, двухъ сутокъ послѣ операціи. То же нужно сказать о ціанозѣ: въ случаѣ локализированнаго крупа, онъ долженъ исчезнуть немедленно послѣ операціи, если же онъ остается или появляется снова въ теченіе 1—2 сутокъ, то предсказаніе самое неблагопріятное.

Кашель: въ случаѣ локализированнаго крупа непосредственно послѣ операціи появляется очень частый кашель съ отхаркиваніемъ слизи; онъ появляется не только при прочищеніи трубочки, но при каждомъ малѣйшемъ движеніи ея, напр., при извлеченіи внутренней трубочки. Предсказаніе нѣсколько хуже, если кашель хотя и частый, но при немъ извлекаются перепонки и еще хуже, если больной послѣ операціи почти совсѣмъ не кашляетъ или кашляетъ очень мало, что указываетъ на то, что слизистая оболочка трахеи выстлана перепонками и потому не такъ чувствительна къ раздраженію ея трубочкой и слизью. Неблагопріятный признакъ, если количество отдѣляемаго въ теченіе первыхъ 4—5 дней не увеличивается, а напротивъ значительно уменьшается или совсѣмъ исчезаетъ.

Явленія со стороны легкихъ: въ благопріятныхъ случаяхъ въ нижнихъ частяхъ должно быть везикулярное дыханіе или влажные катарральные хрипы. Если же въ нижнихъ доляхъ дыханіе ослабѣваетъ или исчезаетъ, то это указываетъ на закупорку бронховъ.

Ходъ температуры. Въ благопріятныхъ случаяхъ послѣ операціи температура падаетъ почти до нормы и если новой эксудаціи не является, то остается приблизительно нормальной, а потому всякое значительное повышеніе температуры черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи указываетъ на распространеніе крупа и потому ухудшаетъ предсказаніе.

По наблюденіямъ Hüttenbrenner'a, обыкновенно бываетъ 2 или 3 повышенія температуры, отдѣленныя одно отъ другаго часовъ на 12; всего труднѣе перенести первыя два ухудшенія, а третье бываетъ уже легче.

Если крупъ будетъ осложненъ во время операціи bronchitide cruposa, то больной умираетъ въ теченіе первыхъ сутокъ, если же bronchitis cruposa присоединяется уже послѣ операціи, то смерть наступаетъ на 2—4 день.

Предсказать, разовьются ли *дифтеритическіе параличи* или нѣтъ—рѣшительно не возможно; вообще можно только сказать, что чѣмъ сильнѣе бываетъ дифтеритъ, тѣмъ больше шансовъ, что разовьются параличи и что тѣмъ обширнѣе они будутъ.

Предсказаніе при развившихся параличахъ зависитъ главнымъ образомъ отъ ихъ распространенія. Оно тѣмъ лучше, чѣмъ меньше число пораженныхъ мышцъ. Параличъ мышцъ туловища считается за особенно опасный симптомъ, такъ какъ онъ угрожаетъ параличемъ дыхательныхъ мышцъ.

Лѣченіе.

Предохранительное лѣченіе. Такъ какъ дифтерія заразительна во всѣхъ своихъ формахъ, то самымъ главнымъ предохранительнымъ средствомъ противъ нея нужно считать строгую изоляцію больныхъ отъ здоровыхъ, что особенно необходимо при септической формѣ, какъ наиболѣе заразительной. Въ виду того, что контагій дифтеріи не отличается особенной летучестью, можно надѣяться на успѣхъ даже при отдѣленіи больныхъ отъ здоровыхъ въ одной и той же квартирѣ, особенно если можно помѣстить дифтеритиковъ въ верхнемъ этажѣ, а здоровыхъ оставить въ нижнемъ; но еще дѣйствительнѣе окажется эта мѣра, если перевести больнаго въ другой домъ или въ больницу. Однако разсчитывать на *вѣрный* успѣхъ нельзя ни въ какомъ случаѣ, такъ какъ *дифтерія*, даже въ самой легкой, безлихорадочной, формѣ, *можетъ проявить свою контагіозность съ первыхъ же часовъ своего существованія* (ср., напр., случай съ братьями Кузнецовыми стр. 208).

Не мало спорили о томъ, отдѣлять ли въ другой домъ здоровыхъ дѣтей или заболѣвшихъ. По моему мнѣнію, лучше удалять больныхъ, такъ какъ, чѣмъ дольше остаются они въ первоначальномъ помѣщеніи, тѣмъ больше скопится заразы въ мебели, щеляхъ и стѣнахъ ихъ комнаты и тѣмъ труднѣе будетъ ее дезинфекцировать, между тѣмъ какъ въ начальномъ періодѣ дифтерія менѣе заразительна, и потому можно надѣяться, что при раннемъ отдѣленіи больнаго отъ семьи онъ не оставитъ въ домѣ заразы.

Что касается до другихъ предохранительныхъ мѣръ, то на первомъ мѣстѣ я поставилъ бы опрятное содержаніе комнаты и всей обстановки больнаго и настойчивую вентиляцію, хотя бы посредствомъ открыванія форточекъ, для чего больной долженъ имѣть въ своемъ распоряженіи двѣ комнаты. Вся лишняя мебель, особенно мягкія кресла, ковры и занавѣски, какъ восприниматели заразы, должны быть удалены.—Предохранительная сила распыленій растворовъ карболовой кислоты и т. п. средствъ въ комнатѣ больнаго по меньшей мѣрѣ сомнительна. Предохранительное значеніе полосканій рта и зѣва растворами дезинфекцирующихъ средствъ, конечно, не велико, но считать ихъ совсѣмъ безполезными было бы несправедливо, хотя бы ужь потому, что они поддерживаютъ все-таки чистоту; не слѣдуетъ только очень полагаться на полосканья и ради нихъ пренебрегать напр. вентиляціей комнатъ и изоляціей больныхъ. Какъ безсильны въ самомъ дѣлѣ наши дезинфецирующія средства, я горькимъ опытомъ убѣдился на своей собственной семьѣ, состоявшей изъ 5 дѣтей въ возрастѣ отъ 2 до 9 лѣтъ. Первымъ заболѣлъ 3-го сентября младшій ребенокъ и умеръ отъ дифтеріи гортани 10 октября; какъ только выяснилась его болѣзнь, всѣ другія дѣти были переведены на другую квартиру и подвергались ежедневному осмотру; всѣ они, за исключеніемъ 3-хъ лѣтняго мальчика, по нѣскольку разъ въ день полоскали себѣ ротъ и горло растворомъ бертолетовой соли и эйкалиптоваго масла. У старшаго, 9 лѣтняго мальчика, съ первыхъ же дней было усмотрѣно сѣровато-желтоватое пятно, неправильной формы, сидѣвшее

при основаніи правой небной дужки; пятно это было принято *по ошибкѣ* за дифтеритическое отложеніе (а въ дѣйствительности оно оказалось просто врожденнымъ; на возможность подобной ошибки указываетъ между прочимъ и Henoch въ своемъ руководствѣ), и потому предпринято было дезинфецирующее лѣченіе: обѣ миндалины 3 раза въ день помазывались 5% растворомъ хинолина и 2 раза въ день присыпались порошкомъ салициловой кислоты; и то и другое ребенокъ выносилъ съ замѣчательной стойкостью и что же? Черезъ нѣсколько дней онъ все-таки получилъ дифтеритъ зѣва, въ такой же продолжительной (болѣе двухъ недѣль), хотя и легкой (безлихорадочной) формѣ, какъ его братъ и сестра. Что касается до 3-хъ лѣтняго ребенка, то онъ подобно двухъ-лѣтнему умеръ въ нѣсколько дней при явленіяхъ крупа.

Для продолжительнаго употребленія въ видѣ полосканій можно рекомендовать почти безвкусную борную кислоту въ концентрированномъ растворѣ: (1:30) чайную ложку на стаканъ воды. Безвредны также ol. eucalipti и natr. salicylicum, но они хуже на вкусъ. Что касается до общеупотребительной бертолетовой соли, то она хотя и не совсѣмъ безвредна, но проявляетъ свою ядовитость только при внутреннемъ употребленіи большихъ пріемовъ, а потому нужно избѣгать ее лишь у дѣтей, часто проглатывающихъ полосканье. Къ числу предохранительныхъ мѣръ относится также *дезинфекція комнаты*, въ которой лежалъ дифтеритикъ. Для уничтоженія заразы въ большинствѣ случаевъ прибѣгаютъ къ окуриваніямъ парами *сѣрнистой кислоты* или *хлора*. Въ первомъ случаѣ въ наглухо закрытой комнатѣ полъ посыпается слоемъ песку пальца въ 2 толщиной, на который ставится жаровня и въ ней сжигается 1—2 фунта сѣры; черезъ сутки отворяются окна и въ теченіе нѣсколькихъ дней помѣщеніе вентилируется. При дезинфекціи хлоромъ въ комнатѣ ставится глиняный тазъ съ 1—2 фунтами хлористой извести, смѣшанной съ такимъ же количествомъ сѣрной кислоты. Для болѣе успѣшнаго дѣйствія хлора необходимо предварительно увлажить воздухъ въ комнатѣ, а также обрызгать

водой полъ и стѣны. Какъ при дезинфекціи сѣрой, такъ и хлоромъ изъ комнаты должны быть удалены не только люди и звѣри, но также и рыбы (акваріумъ) и цвѣты. Казалось бы что дѣйствіе этихъ убійственныхъ газовъ должно бы быть вполнѣ достаточнымъ для окончательнаго уничтоженія заразы, но въ дѣйствительности это два-ли такъ. Не вдаваясь въ теоретическія соображенія, я хочу привести только два факта, свидѣтельствующіе о томъ, какъ поверхностно вліяютъ подобныя окуриванія. Во 1-хъ я укажу на интересное наблюденіе д-ра Икавитца (Тамбовъ) замѣтившаго что окуриваніе крестьянскихъ избъ недостаточно даже для полнаго уничтоженія таракановъ и клоповъ и, во 2-хъ, на тотъ фактъ, что ключъ, оставленный въ замкѣ ржавитъ подъ вліяніемъ паровъ хлора только въ своей наружной части, а конецъ его, находящійся въ замочной скважинѣ остается неповрежденнымъ; точно также не портятся металлическія вещи, прикрытыя листомъ газетной бумаги. Изъ этихъ фактовъ можно вывести заключеніе, что пары дезинфецирующихъ газовъ не проникаютъ въ узкія щели, а разъ это такъ, то нельзя, конечно, быть увѣреннымъ въ полномъ разрушеніи заразы. Вотъ почему въ однихъ окуриваніяхъ я не вижу полной гарантіи безопасности для будущихъ обитателей данной комнаты или квартиры, а считаю нужнымъ еще хорошенько вымыть полы щелокомъ или 3% карболовой кислотой, выбѣлить потолки и перемѣнить обои. Зимой можно достигнуть хорошаго обезвреживанія квартиры посредствомъ нѣсколько дневнаго вымораживанія ея при открытыхъ окнахъ.

Monti тоже не довѣряетъ окуриваніямъ и предлагаетъ замѣнить ихъ основательнымъ очищеніемъ комнаты и всѣхъ находящихся въ ней предметовъ. Мебель, полъ и все, что можетъ быть вымыто, обмывается зеленымъ мыломъ и щелокомъ; обои замѣняются новыми. Если это не выполнимо, то онъ обмываетъ стѣны и полъ 1% растворомъ этильксантогеновокислаго калія или 1% карболовой кислотой или распыляетъ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ паровымъ пульверизаторомъ тѣ же растворы или слабый растворъ суб-

лимата; (Rp. Merc. subl. carros. 0,05 Ag. fontis dest. 200,0). Послѣ пульверизаціи на полъ дня отворяются окна и стѣны обтираются сухой тряпкой. Тѣми же растворами моется бѣлье больнаго; самъ больной и всѣ бывшіе около него, прежде, чѣмъ придти въ общество здоровыхъ людей, должны взять теплую мыльную ванну.

Лѣченіе развившейся болѣзни. Лѣченіе дифтерита зѣва можетъ быть мѣстнымъ и общимъ. Существенной пользы отъ мѣстнаго лѣченія можно ожидать при двухъ условіяхъ, во 1-хъ, если дифтерія носитъ характеръ мѣстной болѣзни, т. е., когда еще нѣтъ симптомовъ общаго зараженія организма и во 2-хъ, если ребенокъ настолько сговорчивъ, что позволяетъ дѣлать съ собой все, что нужно. Средствъ, купирующихъ дифтерію, мы не знаемъ, самыя сильныя дезинфецирующія на которыя возлагались столь большія надежды всѣми сторонниками микотическаго происхожденія дифтеріи, оказались, къ сожалѣнію, мало дѣйствительными; сильныя antiflogistica, каковы: мѣстное кровопусканіе, мушки, ледъ, вяжущія и прижиганія, — все это было испробовано и теперь оставлено; нѣкоторые (напр., Gerhardt) и до сихъ поръ еще видятъ въ кускѣ ляписа абортивное средство хотя бы только для точечной формы дифтеріи, но на основаніи собственныхъ наблюденій я не могу согласиться даже и съ этимъ.

Въ виду всего сказаннаго, *слѣдуетъ заботиться главнымъ образомъ о предотвращеніи общаго зараженія организма посредствомъ строжайшаго соблюденія чистоты полости рта и зѣва.* У дѣтей старшаго возраста опрятное содержаніе рта достигается всего проще частымъ полосканьемъ, напр., каждые $^1/_2$ часа; у маленькихъ дѣтей вмѣсто полосканій употребляются спринцованія рта обыкновенной гуттаперчевой спринцовкой, вмѣстимостью отъ 1 до 2 унцій.

Чѣмъ именно полоскать или спринцовать ротъ, это почти безразлично, лишь бы не ядовитымъ лѣкарствомъ. Дѣтямъ, не проглатывающимъ полосканья, можно назначать и Kali oxymuriaticum, но лучше 2% растворъ natri salicylici или 5% ac. boric. (Rp. Acidi boracici ℥j Aq. destillatae ℔js,

Spir. vini rectif. q. s. ad solut. DS. полосканье) или Aq. calcis пополамъ съ aq. destill.

Опрятное содержаніе зѣва всего лучше достигается пульверизаціями посредствомъ пароваго пульверизатора тѣми же средствами, что и для полосканья, съ прибавкой въ резервуаръ пульверизатора 5—10 капель Ol. terebinth. rectif. или Ol. eucalipti, которыя рекомендуются нѣкоторыми (Edel, Mosler), какъ specifica противъ дифтеріи (Rp. Ol. eucalipti e foliis, Spir. vini āā ʒj MDS. По 10—20 капель на резервуаръ пароваго пульверизатора для вдыханій; или Rp. Ol. eucalipti ʒj, Spir. vini ʒvj, Aq. dest. ℥vj MDS. Столовую ложку на пульверизацію). Рекламированный нѣкоторыми (Letzerich, Klebs и др.) Natrum benzoicum при своемъ противномъ вкусѣ не имѣетъ никакихъ особыхъ преимуществъ; употребляется онъ въ 5% растворѣ. Oertel, какъ извѣстно, рекомендуетъ лѣчить дифтеритъ просто горячими парами, которые вдыхаются ребенкомъ черезъ 1/2 часа или черезъ часъ въ теченіе 1/4 часа днемъ и ночью; такое лѣченіе легко, конечно, назначить, но провести его крайне трудно, потому что у больнаго не хватитъ терпѣнія. Для легкихъ случаевъ дифтерита достаточно трехъ обыкновенныхъ пульверизацій въ день, для болѣе тяжелыхъ каждые 2 часа и даже черезъ часъ по 5 минутъ; вообще говоря, пульверизаціи слѣдуетъ дѣлать тѣмъ чаще и тѣмъ дольше, чѣмъ больше скопляется во рту тягучей, вязкой, слизи.

Въ видахъ очищенія зѣва, а отчасти и ради мѣстной дезинфекціи, многими рекомендуется также *помазыванія* зѣва кисточкой, для чего употребляются 3% растворъ карболовой кислоты (Rp. Aq. carbolici crist. grxv, Aq. ℥j) спиртъ пополамъ съ водой, іодистый фенолъ (Rp. ac. carbol. cryst. Spir vini āā ʒjj aq. dest. ʒv, trae iodi ʒs DS. Мазать зѣвъ 3 раза въ день); тотъ же растворъ можетъ идти и для полосканья, но въ силу его ѣдкости не болѣе какъ 30 капель на стаканъ воды; 5% растворъ хинолина, сублиматъ (Rp. Hydrarg. muriat. corros grj aq. destill. ℥j) и др. Хинолинъ хотя нѣсколько и щиплетъ, но довольно пріятенъ на вкусъ и переносится дѣтьми недурно. Онъ на-

стойчиво рекомендуется, какъ specificum Seifert'омъ (Berl. Wock. 1883. №№ 36 и 37), по словамъ котораго онъ значительно сокращаетъ теченіе болѣзни и уменьшаетъ боль. Прописывается хинолинъ такъ: Rp. Chinolini puri 5,0 alcohol. et. aq. destill āā 50,0; кромѣ того больнымъ назначалось полосканье изъ хинолина 1:500 aq. destil. и 50 spir. vini. Средняя продолжительность лѣченія въ сорока случаяхъ была два дня, (!) а средняя продолжительность болѣзни—три съ половиною дня; (?) всѣ случаи Seifert'a кончились выздоровленіемъ. Помазыванія производились два раза въ день. Я лично не придаю особаго значенія какимъ бы то ни было помазываніямъ, а спеціально хинолинъ, по моему мнѣнію, не въ состояніи не только абортировать развитіе дифтеріи, но даже и предотвратить ея появленіе, пока ее еще нѣтъ (см. стр. 255); энергичное смазываніе зѣва (до кровочетенія) считается вреднымъ.

Въ цѣляхъ мѣстной дезинфекціи употребляются еще различныя присыпки, напр., flores sulphuris, natr. benzoicum, ac. salicylicum и др. Я всего охотнѣе прибѣгаю къ послѣднему средству, такъ какъ салициловая кислота на долго остается въ мѣстѣ приложенія, образуя бѣлую пленку, такъ что достаточно повторять присыпку 2 раза въ день. Порошекъ acidi salicylici puri хорошо пристаетъ къ *влажной* кисточкѣ и потому легко накладывается на любое мѣсто въ зѣвѣ; операція эта совершенно безболѣзненна и у нѣкоторыхъ дѣтей не вызываетъ даже и перхоты (въ противоположность, напр., сѣрному цвѣту), а потому въ большинствѣ случаевъ переносится дѣтьми легко.

Для большинства случаевъ дифтеріи легкой и средней силы описаннаго лѣченія совершенно достаточно, чтобъ больной выздоровѣлъ, хотя не подлежитъ никакому сомнѣнію, что ни пульверизація, ни помазынія, ни присыпки не въ силахъ остановить въ нѣкоторыхъ случаяхъ распространеніе дифтерита на гортань и предотвратить развитіе крупа. Что, впрочемъ, и понятно, такъ какъ дифтерія въ громадномъ большинствѣ случаевъ (если не всегда) съ самаго на-

чала является въ видѣ общей болѣзни съ локализацiей на слизистыхъ оболочкахъ.

Что касается до мѣстнаго приложенія *холода* въ видѣ холодныхъ компрессовъ на шею, полосканій рта холодной водой и глотанія кусочковъ льда, рекомендованнаго противъ дифтерита многими авторами и особенно горячо Hüttenbrenner'омъ, то онъ показанъ лишь въ случаяхъ дифтерита, сопровождающагося рѣзко выраженнымъ воспаленіемъ слизистой оболочки зѣва и значительной лихорадкой, при полномъ пульсѣ и хорошемъ состояніи силъ. Напротивъ того при септической формѣ дифтерита и при значительной опухоли железъ, холодъ можетъ оказать вредное дѣйствіе.

Кромѣ наружныхъ средствъ, мы имѣемъ противъ дифтеріи большое число внутреннихъ, изъ которыхъ многіе рекомендовались какъ специфическія. Сюда относятся, напр., *пилокарпинъ*, рекламированный Guttmann'омъ, который назначалъ его дѣтямъ по $^1/_{12}$ gr. на пріемъ черезъ 2 часа до дѣйствія, т. е. до обильнаго слюнотеченія. Средство это, какъ ослабляющее дѣятельность сердца, при неосторожномъ употребленіи можетъ оказать при дифтеритѣ очень пагубное дѣйствіе, а потому необходимо назначать его не иначе какъ съ виномъ. Rp. Pilocarp. muriat. cryst grj Aq. dest. ℥jjj MDS. Черезъ 2 часа по десер. лож. до слюнотеч., запивая каждый пріемъ чайной ложкой портвейна. Наблюденія Лашкевича, Dehio, Demme и др. доказали, что тяжелыя формы дифтеріи не уступаютъ пилокарпину, что специфическаго вліянія на эту болѣзнь онъ не оказываетъ, но симптоматическое дѣйствіе (ускореніе разрыхленія и отдѣленія перепонокъ), какъ кажется, ему не чуждо.

Wiss не менѣе горячо рекомендуетъ *хининъ съ нашатыремъ*, Rp. Chinini sulphur. gr. vj—x Aq. destill. ℨjjj ac. muriat. gtjjj Ammonii muriat ℨj syr. cort. aurant. ℨjjj MDS. Чрезъ 2 часа по чайной или по столовой ложкѣ, смотря по возрасту. Употребляя это средство, авторъ въ теченіе 13 лѣтъ не имѣлъ ни одного смертнаго исхода даже во время злокачественныхъ эпидемій. Тѣмъ не менѣе однако на реко-

мендацію Wiss'а, повидимому, не обратили особаго вниманія, такъ какъ, сколько мнѣ извѣстно, на него отозвался одинъ только Lachmund (Allg. med. central. Zeit. 1880, № 1), у котораго изъ 71 случая дифтерита окончились смертью только 3 (осложненіе скарлатиной). Въ виду этого я считаю не безполезнымъ привести мотивы, побудившіе Wiss'а предложить свое средство. W. имѣя въ виду, что хининъ дезинфицируетъ дифтеритическія жидкости и прекращаетъ развитіе бактерій, рекомендуетъ хининъ какъ самое главное средство противъ дифтеріи и настаиваетъ на назначеніи его въ *самомъ началѣ* болѣзни, какъ противоядіе дифтеритическаго яда. Нашатырь прибавляется къ хинину, какъ средство, превосходно дѣйствующее на катарръ слизистыхъ оболочекъ, т. е. на почву, на которой удобно развиваются дифтериты, кромѣ того, нашатырь, по наблюденіямъ автора, оказываетъ дезинфицирующее дѣйствіе и способствуетъ скорѣйшему очищенію язвъ и разрѣшенію опухолей лимфат. железъ. Дѣйствіе этого лѣкарства всегда наступаетъ быстро (Wiss), не смотря на то, назначено ли оно въ самомъ началѣ болѣзни, или уже тогда, когда успѣли развиться болѣе или менѣе значительныя разрушенія миндалей. Лихорадка проходитъ уже на слѣдующій день или черезъ одинъ — два дня; мѣстныя явленія со стороны зѣва исчезаютъ наглядно, воспаленіе и изъязвленіе купируются и на новыя мѣста не распространяются. Пораженія гортани W. не наблюдалъ въ своихъ случаяхъ ни разу, также какъ и развитія параличей. W. такъ убѣжденъ въ дѣйствительности своего метода, что высказываетъ надежду, что если его лѣченіе сдѣлается общепринятымъ, то дифтеритъ не будетъ болѣе числиться въ ряду смертельныхъ или даже опасныхъ болѣзней! (Die Heilung u. Verhütung der Diphtheritis. Berlin, 1879).

Я имѣлъ возможность испытать это средство лишь на небольшомъ числѣ больныхъ: въ четырехъ случаяхъ тяжелаго скарлатинознаго дифтерита я остался очень доволенъ этимъ средствомъ; два случая септической формы дифтеріи кончились смертью черезъ сутки послѣ назначенія лѣкар-

ства; наконецъ въ остальныхъ 5—6 случахъ микстура Wiss'а каждый разъ извергалась рвотой и потому скоро должна была отмѣняться или по своему противному вкусу вызывала въ ребенкѣ такое отвращеніе, что матери рѣшительно отказывались побороть сопротивленіе больнаго. Мнѣ кажется, что смѣсь хинина съ нашатыремъ все-таки заслуживаетъ дальнѣйшаго испытанія.

Въ послѣднее время входитъ въ моду лѣченіе дифтеріи большими дозами чистаго скипидарнаго масла. Ol. terebinthinum rectif. первоначально было предложено, какъ specificum противъ дифтерита Bosse въ 1881 г. (Berlin. klin. Wochens. 1881. № 10), а недавно снова рекомендовано Satlow'ымъ (Jahrb. f. Kinderh. XX. B. 1883). Они даютъ его по десертной, взрослымъ по столовой ложкѣ, 2 раза въ день; а дѣтямъ до 5 лѣтъ по чайной, запивая молокомъ или виномъ. Показаніемъ къ отмѣнѣ лѣкарства служило Satlow'у или наступившее улучшеніе или появленіе странгуріи, по исчезаніи которой можно снова давать Ol. tereb. Терпимость больныхъ къ этому средству очень разнообразна, такъ, напр., проф. Naunyn безъ всякаго вреда принялъ въ продолженіи 4 часовъ около 300 grm. (℥ x) Ol. tereb. въ эмульсіи съ яичнымъ желткомъ. Züchner (Медиц. Обозр. 1883 г., окт., стр. 536) давалъ дѣтямъ 4 — 5 лѣтъ каждые 3 часа днемъ и ночью по чайной ложкѣ Ol. tereb. per se безъ всякой примѣси и въ 10 случаяхъ дифтерита, лѣченныхъ такимъ образомъ, никогда не произошло ничего такого, что заставило бы отказаться отъ дальнѣйшаго употребленія этого средства; въ 8 изъ этихъ случаевъ не было рѣшительно никакихъ признаковъ раздраженія мочевыхъ органовъ, а въ двухъ остальныхъ симптомы эти были такъ незначительны, что несмотря на дальнѣйшіе пріемы скипидара, успокоивались теплыми полуваннами и согрѣвающими компресами на область пузыря. Baas напротивъ наблюдалъ при большихъ дозахъ (въ коклюшѣ) тошноту, странгурію и кровавую мочу, такъ, что дальнѣйшее употребленіе скипидара оказалось невозможнымъ. Для избѣжанія рвоты, которая, по наблюденіямъ Satlow'а, слу-

чается нерѣдко, полезно прибавлять къ 15 grm. Ol. tereb. 1 grm aeteris sulfurici. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ пріема лѣкарства обыкновенно появляется нѣсколько жидковатыхъ испражненій, съ сильнымъ запахомъ скипидара. Дѣйствіе средства на дифтеритическій процессъ выражается, по Satlow'у, прежде всего исчезаніемъ вони изо рта, которая не возвращается даже и при гангренозной формѣ; за симъ, иногда уже на слѣдующій день, замѣчаются набуханіе и разрыхленіе эксудата, который начинаетъ отдѣляться; одновременно съ этимъ уменьшается и воспаленіе, глотаніе дѣлается свободнѣе, опухоль железъ разрѣшается. Въ тяжелыхъ случаяхъ замѣтное улучшеніе наступаетъ на 3—4 день. Вообще, чѣмъ раньше будетъ назначено Ol. tereb. тѣмъ лучше и вѣрнѣе оно дѣйствуетъ. Не надежны результаты отъ этого метода въ случаяхъ, осложненныхъ стенозомъ гортани. Изъ 43 случаевъ несомнѣннаго дифтерита у Satlow'a умеръ только одинъ, именно 5-и лѣтній ребенокъ, на 16-й день болѣзни отъ внезапнаго паралича сердца, но за то выздоровѣли трое дѣтей, имѣвшихъ несомнѣнный дифтеритъ гортани. Д-ръ Лунинъ (Врачъ 1885), на основаніи своихъ наблюденій въ больницѣ Принца Ольденбургскаго въ Петербургѣ, высказывается противъ специфическаго дѣйствія скипидара при дифтеріи. Изъ его сообщенія однако видно, что смертность при лѣченіи Ol. tereb. была меньше, чѣмъ при другихъ способахъ лѣченія и, что крупозная форма дифтеріи рѣже переходила въ септическую.

Я потому такъ долго остановился на этомъ средствѣ, что считаю его заслуживающимъ полнаго вниманія и испытанія. Вообще, я того мнѣнія, что если когда-либо будетъ найдено настоящее specificum противъ дифтеріи, то оно должно быть внутреннимъ средствомъ, такъ какъ при зараженіи крови одни наружныя средства, конечно, всегда окажутся безсильными.

Далѣе, противъ дифтеріи были рекомендованы какъ specifica еще много другихъ средствъ, но ни одно изъ нихъ не оправдало рекомендацій. Сюда относятся, напр., Kali chloricum 2%, Kali jodatum отъ 4 до 16 гр. pro die и по-

мазыванія чистой trae jodi; кубеба (Rp. pulv cubebae. 12, Syr. simpl. 75, Syr. diacod. 25, Aq. 40 DS. Черезъ 2 часа по десерт. ложкѣ) каломель по 2 — 5 гр., какъ слабительное, Ung. cinereum (3j—iß для втираній) и др. интересующіяся этимъ предметомъ найдутъ въ сочиненіи Monti-Ueber Croup u. Diphtheritis im Kindesalter 1884—перечень 78-и средствъ, въ разное время предложенныхъ для лѣченія дифтеріи; онъ описываетъ вкратцѣ способъ ихъ употребленія и результаты, добытые разными авторами.

Общее лѣченіе дифтеріи не можетъ состоять только въ назначеніи того или другаго лѣкарства, но должно преслѣдовать одну главную цѣль: поддержать силы больнаго и дѣятельность сердца, для чего требуется, во 1-хъ, чистый воздухъ (вентиляція), во 2-хъ, питательная діэта (молоко, мясной сокъ, какао, яйца въ смятку, для питья свѣжая простая или даже сельтерская вода), въ 3-хъ, вино и въ 4-хъ правильная дѣятельность желудочно-кишечнаго канала (въ случаѣ запора клистиры или даже слабительное внутрь, напр., Ol. Ricini). Многіе совѣтуютъ соединять вино съ желѣзомъ, изъ препаратовъ котораго особенной любовью пользуется почему-то liq. ferri sesquichlorati черезъ 2 часа по 2 капли, а дѣтямъ до 2-хъ лѣтъ по 1 каплѣ на пріемъ. Крѣпкіе сорта винъ (хересъ, мадера) всего лучше давать съ водой въ количествѣ 6 — 8 чайныхъ или столовыхъ ложекъ въ день, смотря по возрасту; при симптомахъ сердечной слабости вдвое больше.

Лѣченіе дифтеріи гортани Мы должны стараться удовлетворить слѣдующимъ показаніямъ: 1) остановить дальнѣйшее развитіе воспаленія и образованіе новыхъ пленокъ; 2) способствовать разрыхленію и отдѣленію перепонокъ и 3) бороться съ опасными для жизни припадками.

Съ цѣлью остановить воспаленіе и новое отложеніе перепонокъ, употребляются или средства противовоспалительныя или различныя antimicotica. Первыя соотвѣтствуютъ indicationis morbi, а 2-я indic. causalis. Къ первымъ относятся піявки, мушки (collodium cantarid.), холодъ, сѣрая мазь, массажъ и лѣченіе завертываніемъ въ мокрыя простыни.

Піявки были въ большомъ ходу лѣтъ 20—30 тому назадъ, но теперь совсѣмъ оставлены, такъ какъ прогрессивнаго хода крупа онѣ не останавливаютъ, а между тѣмъ, ослабляя больнаго, способствуютъ болѣе быстрому наступленію инсуфиціенціи дыханія. Ихъ ставили по числу лѣтъ ребенка къ рукояткѣ грудины, чтобы легче остановить кровотеченіе. Точно также безсильными оказались и *мушки*, вредное дѣйствіе которыхъ выражается тѣмъ, что обнаженная отъ epidermis поверхность очень скоро покрывается дифтеритическимъ эксудатомъ и служитъ новымъ источникомъ зараженія крови.

Лѣченіе *холодомъ* въ видѣ ледяныхъ компресовъ на шею и глотанія льда рекомендуется многими солидными авторами (Nimeyer, Monti и др.) особенно въ самомъ началѣ болѣзни; въ періодѣ асфиксіи, напротивъ оно противопоказано.

Лѣченіе *сѣрой мазью* принадлежитъ къ числу ослабляющихъ методовъ и потому большинствомъ авторовъ отвергается какъ вредное; въ недавнее время однако было снова рекомендовано Rauchfuss'омъ въ большомъ руководствѣ Gerhardt'а и съ тѣхъ поръ я довольно часто прибѣгалъ къ сѣрой мази, какъ въ больницѣ, такъ и въ частной практикѣ, и въ общемъ остался очень доволенъ этимъ методомъ лѣченія, такъ какъ при немъ не одинъ крупозный больной выздоровѣлъ у насъ безъ трахеотоміи. Что сѣрая ртутная мазь не есть specificum противъ крупа, это конечно, такъ; но во всякомъ случаѣ мы были счастливѣе при лѣченіи крупа послѣ того, какъ вмѣстѣ съ другими средствами стали употреблять и сѣрую мазь. Мы выписываемъ ее въ пакетахъ по 10 — 20 гранъ въ каждомъ и назначаемъ втирать черезъ 2 часа по пакету въ разныя части тѣла. Десятилѣтнему мальчику можно безъ вреда втереть такимъ образомъ до унціи мази въ сутки и продолжать такое лѣченіе не долѣе трехъ дней; дѣтямъ младшаго возраста втираютъ въ день отъ двухъ до четырехъ драхмъ. Въ случаѣ появленія кровотеченій изъ слизистыхъ оболочекъ или внезапной блѣдности и упадкѣ пульса, лѣченіе ртутью надо

прекратить. Rauchfuss соединяетъ втираніе мази съ внутренними пріемами сулемы: Rp. Hydr. muriat. grj Aq. destill. ℥ vj по чайной ложкѣ черезъ 2 часа; другіе вмѣсто сулемы даютъ каломель по $^1/_{12}$—$^1/_{20}$ gr. черезъ 2 часа.

Лѣченіе массажемъ предложено противъ ложнаго и настоящаго крупа Weiss'омъ въ 1880 г. (Arch. f. Kinderheilk, I. 5 и 6 H,). Массажированіе производится такъ: ребенокъ помѣщается на колѣняхъ матери или въ постели съ нѣсколько загнутой назадъ головой; врачъ садится противъ больнаго и помѣщаетъ свои руки, смазанныя масломъ, такимъ образомъ, чтобъ большіе пальцы приходились на передней поверхности шеи, а всѣ остальные на задней; массажъ производится только посредствомъ большихъ пальцевъ, которыми поглаживаются боковыя поверхности гортани и область v. jugul com. отъ нижняго края челюсти до ключицъ; поглаживанія производятся только въ одномъ направленіи, именно сверху внизъ въ теченіе 10—12 минутъ и повторяются каждые 3 часа. Можно массажировать шею и иначе, напр., концами трехъ сложенныхъ пальцевъ. Переднюю поверхность гортани W. не массируетъ. Потиранія дѣлаются сначала очень нѣжно, а потомъ постепенно все сильнѣе и сильнѣе. Въ случаѣ Weiss'a къ концу сеанса у мальчика 6 лѣтъ поднялся сильный кашель, окончившійся выдѣленіемъ нѣсколькихъ ложныхъ перепонокъ, послѣ чего дыханіе стало легче. Вечеромъ послѣ третьяго массированія, окончившагося сильнымъ пароксизмомъ кашля съ выхаркиваніемъ перепонокъ, наступило рѣзкое улучшеніе всѣхъ припадковъ крупа и больной скоро выздоровѣлъ. Въ нашихъ рукахъ у 3 крупозныхъ больныхъ, этотъ способъ не произвелъ никакого эффекта.

Лѣченіе завертываніями. Успѣхъ въ случаяхъ Winternitz'a; былъ блестящій, но можетъ быть случайный (4 случая въ 10 лѣтъ; изъ нихъ описанъ только одинъ). W. употреблялъ половинныя влажныя завертыванія, причемъ мокрая простыня доходитъ только до подмышекъ, а руки остаются свободными, чтобъ больному было легче кашлять; сверхъ мокрой простыни больной завертывается еще въ шерстяныя

одѣяла и въ такомъ положеніи оставляется часа на два. Въ моихъ рукахъ этотъ способъ въ нѣсколькихъ случаяхъ оказался тоже безполезнымъ.

Антимикотическое лѣченіе. Сюда относятся: 1) подкожныя впрыскиванія 2% карболовой кислоты по $^1/_2$—1 шприцу 2 раза въ день въ область гортани (Rp. Ac. carbol. cryst. gr. jj aq. destil. ʒjj). Инъекціи эти довольно безболѣзненны и потому дѣти протестуютъ противъ нихъ не сильно; очень часто случается, что ребенку легче сдѣлать инъекцію, чѣмъ помазать зѣвъ или хорошо произвести пульверизацію. Отрицать противовоспалительное дѣйствіе карболовыхъ инъекцій я бы не рѣшился; 2) паровыя пульверизаціи дезинфицирующими растворами. Польза всѣхъ этихъ растворовъ при крупѣ крайне сомнительна, такъ какъ опыты Schnitzler'а доказали, что пульверизуемая жидкость почти цѣликомъ осаждается въ полости рта и зѣва, а въ гортань почти вовсе не попадаетъ. Употребляются здѣсь тѣ же средства, что и при дифтеріи зѣва. Гораздо раціональнѣе при крупѣ вдыханіе *паровъ*, которые легко проникаютъ не только въ гортань, но и въ бронхи, а потому изъ всѣхъ дезинфицирующихъ средствъ я отдалъ бы предпочтеніе при крупѣ скипидару и эйкалиптовому маслу; 10 капель того или другаго капаются въ резервуаръ пароваго пульверизатора и вдыхаются вмѣстѣ съ водяными парами.

Сюда же относится и способъ лѣченія *бромомъ*, предложенный Schutz'емъ. Rp. Bromi puri, Kali bromati āā grvj Aq. detil. ℥vj MDS. Смачивать губку и держать ее передъ носомъ ребенка, какъ при хлороформированіи; вдыханія повторяются черезъ часъ. Пары брома раздражаютъ слизистыя оболочки, а потому подносить губку надо осторожно. Продолжительность сеанса 10—15 минутъ.

Къ числу дезинфицирующихъ газовъ относится и *озонъ;* какъ specificum противъ дифтеріи онъ рекомендованъ Iochheim'омъ. Для добыванія озона онъ насыпаетъ въ трехгорлую стклянку перекись марганца и обливаетъ его сѣрной кислотой; (подробности въ Медиц. Обозр. Т. XII, стр. 808). Испытавъ на самомъ себѣ чрезвычайно раздражаю-

щее дѣйствіе выдѣляющихся изъ аппарата паровъ, я могу только удивляться тѣмъ паціентамъ Jochheim'а, которые выносили этотъ способъ лѣченія; послѣ одного-двухъ вдыханій у меня поднялся такой кашель, что я долженъ былъ выдти на свѣжій воздухъ, гдѣ все-таки продолжалъ кашлять минутъ съ пять, пока не произошла рвота. Замѣчу еще, что самый способъ добыванія озона далеко не совершенъ, такъ какъ вмѣстѣ съ озономъ выдѣляются фіолетовые пары марганцевой кислоты, совершенно не нужной для дѣла; при неосторожномъ вливаніи сѣрной кислоты можетъ произойти взрывъ. Въ виду всѣхъ этихъ неудобствъ, можно бы рекомендовать желающимъ озонировать воздухъ въ комнатѣ дифтеритиковъ дѣлать это при помощи статическихъ машинъ, развивающихъ громадныя массы озона; такую машину достаточно повертѣть нѣсколько разъ въ комнатѣ больнаго, чтобы сильно озонировать весь окружающій воздухъ.

Съ цѣлью *разрыхленія перепонокъ* и для скорѣйшаго *ихъ отдѣленія* употребляются разныя наружныя и внутреннія средства. Изъ первыхъ пользуются большой извѣстностью въ публикѣ *согрѣвающіе компрессы на шею*, польза которыхъ впрочемъ очень сомнительна, да притомъ туго наложенные они замѣтно стѣсняютъ больныхъ. Несомнѣнно полезнѣе *вдыханіе влажнаго воздуха*. Jacubasch (Berl. Wochens. 1882. № 22) наполнялъ комнату больнаго водяными парами помощью большаго аппарата для пароваго spray (вмѣстимостью въ три литра воды), функціонирующаго постоянно; той же цѣли можно достигнуть посредствомъ кипящаго самовара. Неудобство этого способа состоитъ въ томъ, что сгорающій спиртъ и угли значительно портятъ воздухъ, а потому я предпочитаю увлажнять воздухъ въ комнатѣ больнаго посредствомъ обливанія водой раскаленныхъ кирпичей, помѣщенныхъ въ обыкновенный мѣдный тазъ; такимъ простымъ способомъ можно добиться какой угодно влажности воздуха до степени русской бани, нужно только позаботиться о предотвращеніи чрезмѣрнаго повышенія температуры въ комнатѣ.

Кромѣ того употребляются паровыя пульверизаціи лѣкарствъ, растворяющихъ крупозныя перепонки, каковы, напр., Aq. Calcis 2 ч. на 1 ч. воды (Rp. Aq. calcis ℥jj Aq. destil. ℥j liq. natri caustici gtt.v; ѣдкій натръ прибавляется для того, чтобъ онъ поглощалъ CO_2 выдыхаемаго воздуха, которая въ противномъ случаѣ будетъ парализовать дѣйствіе известковой воды) ac. lacticum отъ 10 до 20 капель на унцію воды; пепсинъ (Rp. Pepsini germ. ℈β, Aq. destil. ℥jj, ac. muriat. gtt.x.) Папайотинъ 1:20. Это вещество добывается изъ млечнаго сока растенія caricae papayae и дѣйствуетъ какъ пищеварительный ферментъ. Для лѣченія дифтерита онъ предложенъ проф. Rossbach'омъ еще въ 1881 году. Въ дѣтской практикѣ средство это очень удобно, такъ какъ оно почти безвкусно и не пахуче. По опытамъ R. оказалось, что въ 5% растворѣ папайотина крупозныя перепонки растворяются безъ остатка уже черезъ нѣсколько часовъ, чего нельзя достигнуть ни известковой водой, ни молочной кислотой даже и черезъ сутки. Тѣмъ не менѣе однако сангвиническія надежды, возлагавшіяся на это средство, далеко не оправдываются, такъ какъ даже при дифтеритѣ зѣва, когда слѣдовательно пленки легко доступны для кисточки, лѣченіе папайотиномъ не даетъ блестящихъ результатовъ. Въ послѣднее время (Врачъ. 1885, № 15) средство это было испытано въ Московской больницѣ св. Владиміра д-ромъ Дрейеромъ въ 31-мъ случаѣ. Зѣвъ обильно смазывался 5% растворомъ каждыя 15 минутъ (съ двухъ-трехъ-часовыми перерывами по ночамъ). Вотъ результаты: въ 5-и случаяхъ дифтеритъ, не смотря на лѣченіе, распространился на носъ и въ трехъ другихъ на гортань; 6 случ. протекли чисто мѣстно и окончились выздоровленіемъ; 20 представляли признаки общаго зараженія и изъ нихъ умерло 15; всѣ 3 крупа тоже умерли.

Въ одномъ случаѣ лѣченіе папайотиномъ было начато у мальчика 6-и лѣтъ на 1-й день болѣзни, когда тонкій волокнистый налетъ занималъ только миндалины, но, не смотря на то, въ теченіе трехъ слѣдующихъ дней дифтеритъ перешелъ на мягкое небо, потомъ на носъ и наконецъ боль-

ной умеръ при явленіяхъ сепсиса. Были и такіе случаи, когда мѣстныя явленія улучшались, но тѣмъ не менѣе больные все-таки умирали (случаи 5 и 6). Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ лѣченіе было начато до 3-го дня, образованіе пленокъ прогрессировало.

Въ общемъ Д. дѣлаетъ тотъ выводъ, что теченіе случаевъ, пользованныхъ папайотиномъ, ничѣмъ не отличалось отъ теченія случаевъ ничѣмъ не лѣченныхъ; вліяніе его на смертность (62%) и на общія явленія равняется нулю.

Еще меньше шансовъ вылѣчить крупъ, такъ какъ пульверизируемая жидкость почти не доходитъ до гортани.

Изъ внутреннихъ средствъ съ цѣлью разрыхленія и выведенія перепонокъ употребляются пилокарпинъ, скипидаръ и апоморфинъ.

О первыхъ двухъ мы уже говорили; апоморфинъ какъ expectorans прописывается въ микстурѣ отъ $^1/_{12}$ до $^1/_2$ грана pro die, смотря по возрасту, напр. Rp. Apomorphini muriatici cryst. gr. $^1/_2$ Aq. destillatae ℥jv. Ac. murriat dil. gtt vj Sir. simp. ʒs. MDS. Черезъ часъ по десертной ложкѣ (ребенку 8—10 лѣтъ).—Къ числу отхаркивающихъ средствъ можно причислить и *обильное питье* теплыхъ напитковъ.

Въ крайнемъ случаѣ прибѣгаютъ наконецъ къ *рвотнымъ*. Которому изъ нихъ слѣдуетъ отдать предпочтеніе, сказать очень трудно; хорошее рвотное должно дѣйствовать вѣрно и скоро, и не оставлять тошноты. Гуфеландовская микстура вполнѣ удовлетворяетъ этимъ условіямъ. Rp. Tartari emetici grj, pulv. rad. ipecac. ℈j Aq. dest. ℥js oxymel. scyl. ℥s. MDS. Черезъ 10 минутъ по чайной или десертной ложкѣ до дѣйствія. Въ нашей дѣтской больницѣ это рвотное въ большомъ ходу; вреднаго вліянія рвотнаго камня на слизистую оболочку желудка при вскрытіяхъ мы не встрѣчали. — Впрочемъ можно обойтись и безъ рвотнаго камня, напр. Jnf. rad ipecac. ex ℈j ad ʒjj черезъ 10 мин. по десерт. ложкѣ до дѣйствія.

При упадкѣ дѣятельности сердца отхаркивающія соединяются съ возбуждающими, напр. Rp. Jnf. r. pol. Seneg. ex ℈jj ad ʒjj—iii Ammon. carbonici sic. grij Syr. ʒjj; Rp.

Inf. pol. Seneg. ex Эjj—℥jj liq. ammon. anisati gtt xx или Trae nervino-ton. Bestusch gtt xx DS. Черезъ часъ по чайной или десертной ложкѣ.

Если не смотря на то или другое лѣченіе, стенозъ гортани постоянно увеличивается и грозитъ наконецъ смертью отъ задушенія, то остается только дѣйствовать симптоматически противъ непроходимости гортани посредствомъ *трахеотоміи.* Операція эта показана отнюдь не у каждаго крупознаго ребенка: ее не слѣдуетъ дѣлать, напр., тогда, когда она завѣдомо будетъ безполезна, что можно предвидѣть, во 1-хъ, въ тѣхъ случаяхъ, если припадки ціаноза и отравленіе CO_2 не соотвѣтствуютъ степени стеноза гортани, что указываетъ на распространенную bronchitis cruposa; во 2-хъ, если крупъ развивается у ребенка, страдающаго септической формой дифтеріи; припадки стеноза у такихъ больныхъ бываютъ выражены не рѣзко, такъ какъ больные умираютъ уже при легкихъ степеняхъ его, а потому вообще можно сказать, что трахеотомія безполезна въ случаяхъ дифтеріи гортани, осложненной пораженіемъ носа и отекомъ шейной клѣтчатки.

Юный возрастъ паціента хотя и не составляетъ абсолютнаго противопоказанія для производства операціи, такъ какъ въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ выздоровленія послѣ трахеотоміи дѣтей на первомъ году жизни, но подобный исходъ у грудныхъ принадлежитъ къ весьма рѣдкимъ исключеніямъ, такъ что въ виду удручающаго впечатлѣнія, производимаго операціей на родителей, едва-ли стоитъ ее дѣлать у дѣтей 1—2 лѣтъ.

По вопросу о времени производства операціи, мнѣнія расходятся: одни совѣтуютъ оперировать какъ можно раньше, при первыхъ признакахъ крупознаго стеноза гортани, другіе напротивъ смотрятъ на трахеотомію какъ на послѣднее средство и приступаютъ къ ней послѣ того, какъ всѣ перепробованныя средства не помогли и больной находится уже въ періодѣ асфиксіи. Ранняя операція конечно имѣетъ больше шансовъ на успѣхъ, такъ какъ кровобращеніе въ легкихъ еще не нарушено и силы больнаго не истрачены, но такъ какъ

трахеотомія даже и въ опытныхъ рукахъ принадлежитъ къ числу очень серьезныхъ операцій, при которой возможны различныя опасныя случайности, а между тѣмъ нѣкоторые крупозные больные выздоравливаютъ и безъ операціи, то мнѣ кажется ,не слѣдуетъ прибѣгать къ трахеотоміи, не испытавши другихъ средствъ. Съ другой стороны очень рисковано откладывать операцію до наступленія періода асфиксіи, потому что періодъ этотъ иногда бываетъ такъ коротокъ, что хирургъ легко можетъ опоздать съ своей помощью. Въ виду приведенныхъ соображеній я думаю, что не слѣдуетъ откладывать производство операціи, если появились уже хоть намеки на начало періода асфиксіи и если при томъ стенозъ гортани рѣзко выраженъ.

Послѣ операціи, если нѣтъ какихъ-либо осложненій (бронхопнеймонія, нефритъ и проч.), никакого спеціальнаго лѣченія не требуется, а достаточно строгаго выполненія гигіеническихъ условій.

Воздухъ въ комнатѣ больнаго долженъ быть тепелъ (16—17°R) и влаженъ; послѣднее достигается посредствомъ пароваго пульверизатора, которымъ распыляютъ или простую воду или 1% растворъ карболовой кислоты, или эйкалиптоваго масла и т. п. (Rp. ol eucalipti e fol. 3j spir. vini 3vj Aq. ℥vj Ds. Для пульверизацій).

Чтобъ въ трахею не попадала пыль, постоянно носящаяся въ жилыхъ комнатахъ, необходимо прикрывать отверстіе трахеотомической трубочки посредствомъ галстуха изъ какой-либо легкой ткани (тарлатанъ, газъ).

Діэта, сообразно аппетиту ребенка, должна быть питательная; въ первые дни послѣ операціи, пока еще есть лихорадка, молоко, бульонъ, вино съ водой, а при нормальной t ѣ — мясо. Если больной рѣшительно отказывается отъ пищи, то слѣдуетъ питать его клистирами, всего лучше изъ пептонъ—бульона отъ 1 до 3 столовыхъ ложекъ раза три въ день въ подогрѣтомъ видѣ, а если клистиры не задерживаются, то остается прибѣгнуть къ желудочному зонду, но такіе случаи вообще бываютъ безнадежны.

Лѣченіе дифтерита носа. Соблюденіе чистоты при дифте-

ритѣ носа еще нужнѣе, чѣмъ при пораженіи одного только зѣва, такъ какъ въ носу гораздо удобнѣе застаиваются всѣ продукты воспаленія. Однѣхъ пульверизацій здѣсь далеко недостаточно, а необходимы еще и спринцованія носа тѣми или другими *безвредными* растворами. Я говорю «безвредными» потому, что при спринцованіи носа часть жидкости почти всегда попадаетъ въ желудокъ; не слѣдуетъ поэтому брать для спринцованій растворы карболовой кислоты или перекиси марганцеваго кали, а лучше известковую воду, natrum salicylicum (1—2%) natr. bicarbon. и т. п. При удачномъ спринцованіи носа, жидкость, спринцуемая въ одну ноздрю, должна вытекать черезъ другую. Чтобъ достигнуть этого, нужно имѣть подъ руками хорошую спринцовку съ поршнемъ, вмѣстимостью 1½—2 унціи, и пускать струю по направленію нижняго носоваго канала (т. е. держать спринцовку перпендикулярно къ верхней губѣ, а не по направленію ко лбу); растворъ для спринцованія долженъ быть подогрѣтъ градусовъ до 22—24° R. Операція эта крайне непріятна для дѣтей, а потому необходимо крѣпко фиксировать головку ребенка. Промываніе носа производится 2 — 3 раза въ день; послѣ того вливаютъ въ ту или другую ноздрю по ½ чайной ложки карболоваго глицерина или масла (Rp. ac. carbolici cryst. gr. v. glycerini ℥j DS).

Лѣченіе анеміи и параличей. Лѣченіе параличей совпадаетъ съ лѣченіемъ сопровождающей ихъ анеміи; оно состоитъ въ питательной діэтѣ и въ употребленіи вина (напр. хинное вино) и небольшихъ дозъ желѣза, напр. Rp. Chin. ferrocitrici grj—ii Sacch albi grjjj—pulv. Dt. Dos. № 12 S черезъ 2—3 часа по порошку (ребенку 4 — 8 лѣтъ) или Rp. Trae nervino-tonnicae Bestusch. 3 β. Mixt. gummos. ℥iii aq. cynam syr. simpl. aa ʒi DS. черезъ часъ по дес. ложкѣ. Подкожныя инъекціи стрихнина (по $^1/_{60}$ гр. разъ въ день), рекомендованныя Henoch'омъ, если и приносятъ пользу, то во всякомъ случаѣ не очевидную; въ тяжелыхъ случаяхъ, однако, напр. при пораженіи мышцъ туловища, ихъ слѣдуетъ все-

таки испытать. Въ подобныхъ случаяхъ показана также и гальванизація парализованныхъ мышцъ слабыми токами.

О лѣченіи сердечной слабости было сказано выше.

Résumé. Если вы получаете на руки больнаго дифтеріей зѣва, то прежде всего должны позаботиться объ отдѣленіи его отъ здоровыхъ и поставить его въ надлежащую гигіеническую и діэтическую обстановку, доставивъ ему чистый воздухъ, питательную пищу и вино. Изъ чисто терапевтическихъ мѣръ: полоскать ротъ черезъ $1/2$—1 часъ 2% растворомъ салициловаго натра или разбавленной известковой водой, и черезъ 2—3 часа паровыя пульверизаціи тѣми-же растворами. Внутрь, въ тяжелыхъ случаяхъ микстура съ ol terebinthinum; помазыванія зѣва не обязательны.

При распространеніи дифтерита на гортань: обильное теплое питье, влажная атмосфера, паровыя пульверизаціи съ прибавкой ol. eucalipti или скипидара, втиранія сѣрой мази и внутрь или тѣ же средства, что при дифтеритѣ зѣва или апоморфинъ. При значительномъ стенозѣ гортани и при влажныхъ хрипахъ—рвотное; если стенозъ продолжаетъ усиливаться и появляется легкая сонливость или ціанозъ губъ—трахеотомія.

При дифтеритѣ носа—спринцованія. При послѣдовательныхъ параличахъ неба и анеміи—питательная пища, вино и желѣзо; при распространенномъ параличѣ—гальванизація мышцъ слабыми токами и подкожныя инъекціи стрихнина.



Atwell

ЛЕКЦІИ

ОБЪ

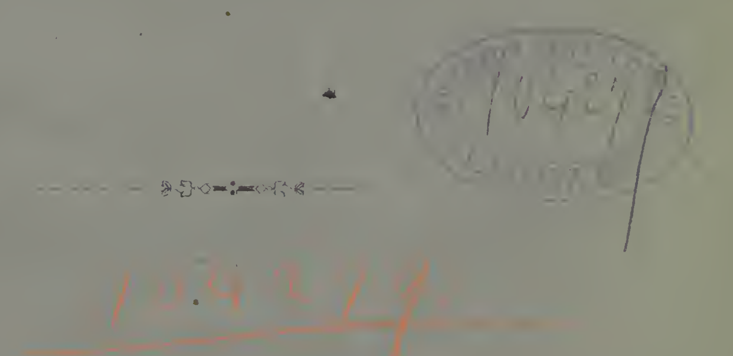
ОСТРЫХЪ ИНФЕКЦІОННЫХЪ БОЛѢЗНЯХЪ

У ДѢТЕЙ

Выпускъ I.

Нила Филатова,

приватъ-доцента дѣтскихъ болѣзней въ Москов. университетѣ и ординатора Московской дѣтской больницы.



МОСКВА. 1885

Складъ изданія въ книжномъ магазинѣ А. Лангъ.

Цѣна 2 руб.


BOUND BY
HNM